Rok XLIX. Kraków, dnia 28. maja 1910. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PIĘĆDZIESIĘCIOLECIE DZIAŁALNOŚCI DRA HENRYKA DOBRZYCKIEGO.

W dniu dzisiejszym gromadzą się w Warszawie lekarze i przedstawiciele szerokich kół społeczeństwa dla uczczenia zasług i złożenia hołdu Drowi Henrykowi Dobrzyckiemu.

Pełne pół wieku służył Jubilat krajowi gorąco, wiernie i wytrwale. Na wielu, wielu polach nie szczędził głowy i ręki, ofiary i trudu. Z zaoranej Jego pracą skiby, z posiewów Jego zacnej myśli, zbiera dziś społeczeństwo obfite żniwo. Zbiera je nietylko w jednej dzielnicy ziem naszych, ale na całym ich obszarze. A ta pewność, że owoce zbiera cała Ojczyzna, to pewno największa za pracę nagroda dla Tego, którego różnostronna działalność zestrzelała się w jednym celu: powszechnego dobra.

Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy.

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego,

naczelnego lekarza Sanatoryum w Zakopanem.

(Dokończenie).

Wyniki więc zupełnie przekonujące nie są. Ale co ważniejsza, autor zauważył, że świnki morskie, dotknięte naturalną przewlekłą gruźlicą, zachowują się wobec masowego zakażenia tak samo, jak poprzednio uodporniane (vorbehandelte). Stąd przez analogię daleko idące wnioski, że człowiek, który raz przebył niewielką sprawę gruźliczą, może mieć samouodpornienie (autoimmunisatio) na następne zakażenie. Pytanie jednak, na jakie, czy na ponowne zakażenie (reinfekcyę) z zewnątrz, czy też na samozakażenie wewnętrzne (metastasierende Autoinfektion). Autor, w myśl teoryi Behringa, jest zwolennikiem tego drugiego. Pomijając nierozstrzygnięte pytanie, które z dwóch następnych zakażeń u człowieka odgrywa w przebiegu gruźlicy przeważającą rolę, pozwolimy sobie zauważyć, że już dawniej (między innymi Maragliano i Marfan) poczyniono spostrzeżenia kliniczne, że człowiek po przebytej szczęśliwie lekkiej gruźlicy może być sam przez się uodporniony na następne zakażenie. Jeżeli jednak są spostrzeżenia w tym kierunku, to istnieją zarówno spostrzeżenia — napewno liczniejsze — we wręcz przeciwnym. Wnioski więc porównawcze z doświadczeń na zwierzętach — zdaniem naszem — powinny w tym przypadku być bardzo ostrożne. Wogóle rzecz biorąc, jakkolwiek bardzo są cenne doświadczenia Römera, jedyny pewny wniosek, jaki da się z nich wyciągnąć, to ten mianowicie, że zwierzęta laboratoryjne, szczepione w pewien określony sposób hodowlami tbc, mogą dojść do wysokiego stopnia uodpornienia na sztuczne zakażenie jadowitemi hodowlami ptbc. Ale do podobnych wniosków dochodzą nawet krytycy »bowowakcynacyi« Behringa. Tu jednak chodzi o coś dalszego jeszcze, t. j. o uodpornienie na naturalne zakażenie. Takiego zaś uodpornienia nie otrzymali u bydła ani Moussu, ani Eber, ani Nowak, ani inni badacze, którzy metodę Behringa sprawdzali. W pracach zaś Römera nie widzimy prób uodpornienia na naturalne zakażenie u zwierząt laboratoryjnych.

Doświadczenia Hamburgera, — różniące się tylko tem od Römerowskich, że dla szczepienia, oprócz hodowli tbc, używa on także hodowli ptbc, — słusznie doprowadzają go do ostrożnych wniosków, że przez takie szczepienie można świnkę morską względnie uodpornić na następne sztuczne zakażenie([21]).

Zestawiając wszystkie nam znane wyniki uodpornienia zwierząt, nie możemy z nich wysnuć takich wniosków, aby służyły za mocno ugruntowaną podstawę do swoistego leczenia gruźlicy u człowieka. Trwałe bowiem uodpornienie u zwierząt na naturalne zakażenie gruźlicze, niezależnie od materyału do tego celu służącego i niezależnie od różnych metod, dowiedzione jeszcze nie jest.

Popatrzmy, jak się rzecz ma z drugim argumentem, podawanym przez bezwzględnych zwolenników swoistego leczenia gruźlicy dla wykazania jego bezsprzecznej wartości i wyższości nad zwykłą metodą higieniczno-dyetetyczną — ze statystyką.

Operowanie statystyką porównawczą przedstawia tu pewne trudności i niedokładności. Materyały, zebrane dla higieniczno-dyetetycznego leczenia w różnych krajach, a zwłaszcza przez Cesarski Urząd zdrowia w Niemczech, i dotyczące wyników przy opuszczeniu sanatoryum (Entlassungserfolge) są bardzo obfite, gdy liczby, dotyczące wy-

Tab. A. **Trwałe wyniki.**

Leczenie higieniczno-dyetetyczne połączone ze swoistem

Nazwisko autora i zakładu	Rodzaj środka	Ilość wszystkich leczonych chorych	Od chwili opuszczenia zakładu	Odsetki ogólnej ilości leczonych	Uwagi
Renon [46] Szpital »de la Pitiè« w Paryżu, oraz praktyka prywatna.	Tuberkulina dla »usage medical« z Inst. Pasteura	30 (*)	od 1 do 2 lat	63% »très amèliores«	W paryskim szpitalu nie może być naturalnie mowy o ścisłem stosowaniu metody higieniczno-dyetetycznej. 24 chorych przypada na szpital 6 na pryw. praktykę.
Bernheim et Barbier [3] Hôpital et Dispensaire del'Oeuvre de la tuberculose humaine.	Tuberkulina Jacobsa	628	od 1 do 2 lat	62% »guérison et amélioration«	Ilość wstrzyknięć razem 10000. Tu również niema mowy o ścisłej metodzie hig.-dyet.
Jacobs (Bruksella) cytowany przez Bernheima i Barbier.	Tuberkulina Jacobsa	500	od 1 do 3 lat	54% »guérison et amélioration«	
Stephani [63 i 64] Sanatoryum Montana (Szwajcarya).	Surowica Marmorka BF Denysa	50 34	od 1 do 4 lat od 1 do 2 lat	58% »guérison et amélioration nette« 63—69% »trés améliorés et guéris — améliorés«	
Moeller [38] Sanatoryum (ludowe) Belzig.	T i BE	193	przeciętna z 3 lat	77·8% »Heilung u. deutliche Besserung«	
Humbert [26] Sanatoryum Davos.	TBk Beranecka	36	po 3—5 latach	44·4% »guérison apparente«	Autor zauważa, że wszyscy jego chorzy nie doznali poprawy przy metodzie higieniczno-dyetetycznej i przedstawiali przed rozpoczęciem wstrzykiwań TBk wątpliwe rokowanie. — Dodatnie więc wyniki należy przypisać TBk; przy lepszym materyale byłyby bezwątpienia lepsze.
Goetsch [20] Szpital w Slawentritz (Śląsk pruski).	T	175	od 1 do 6 lat	71% »geheilt«	
Turban [66] Sanatoryum Davos.	T	89	od 1 do 7 lat (albo po 4 latach) (*)	51·7% »Leistungsfähigkeit nicht oder wenig beeinträchtigt«	(*) Wedle mego obliczenia na podstawie cyfr Turbana.
Bandelier [1] Sanatoryum Cottbus	BE und Perlsucht-alttuberkulin	204	po 4 latach	61·9% »geheilt voll und begrenzt erwerbsfähig«	
Denys [15] Louvain-Service d'injections organisé pour les indigents et clientèle privée.	BT	442	po 4—5 latach	64·3% »guérison, quasi-guérison et amélioration franche«	U chorych Denysa w znacznej większości przypadków nie może być również mowy o ścisłej metodzie hig.-dyet.
Ruck [56] Sanatoryum Winyah (Stany Zjednoczone Ameryki Północnej).	T i inne preparaty z tbc	215 W tej liczbie nie są włączeni wszyscy leczeni chorzy, lecz tylko »wypuszczeni z dodatnim klinicznym wynikiem«.	po 4—5 latach	68·3% »geheilt, sehr gebessert und gebessert«	

UWAGA 1) (do obu tablic A. i B.). Tablice te wymagają pewnego wyjaśnienia. — Należy zauważyć, że materyał, który służył do ich ułożenia i który został zaczerpnięty z sanatoryów ludowych, jak też i z sanatoryów dla zamożnych, jest bardzo różnolity. Znaną np. jest rzeczą, że wybór chorych przy przyjęciu do sanatoryów, będących pod zarządem Zakładów ubezp., ze względów ekonomicznych jest znacznie trudniejszy, niż do innych ludowych sanatoryów. Wypada następnie zaznaczyć, że dla trwałych wyników leczniczych średni czas leczenia w sanatoryach odgrywa ważną rolę. W zakładach dla zamożnych waha się on w bardzo szerokich granicach. I tak np. średni czas leczenia u Turbana wynosi 7 miesięcy, gdy u Jakobiego (Arosa) niemal cały rok (dokładnie 359 dni). Z drugiej znów strony np. materyał Turbana jest lepszy, niż Meissena (Hohenhonnef). Ostatecznie jednak cyfry te, co się tyczy ostatecznych wyników statystycznych, powinny się wzajemnie wyrównać.

2) (do tablicy B.). Ponieważ w tablicy B. wśród chorych, leczonych metodą hig.-dyetet. mogła być pewna kategorya i takich, którzy byli leczeni jednocześnie swoiście i co do których w odnośnych źródłach nie znaleźliśmy niemal żadnych wskazówek, więc celem wyprowadzenia dokładnych wniosków z cyfr, zwróciliśmy się listownie do poszczególnych autorów i otrzymaliśmy od nich następujące odpowiedzi. U chorych Schrödera, Reichego, Köplera, w Sanatoryum Rossbach, u chorych Carriera, Gebharda (wiadomość udzielona przez Bielefelda), Rugego, stosowano wyłącznie metodę higien.-dyetet., wreszcie u Meissena tylko w »pojedyńczych przypadkach« stosowano tuberkulinę, więc znaczenia mieć ona tu nie może. Natomiast Weicker podaje, iż stosował tuberkulinę u 15%, czyli razem u 256 chorych. — W Friedrichsheim w 1902 r. obliczamy na ogólną ilość 670 chorych tych, co byli leczeni swoiście, maximum na 10%, czyli razem 67 chorych¹). Roepke donosi, iż stosował leczenie swoiste u 30—40%, więc biorąc 40%, otrzymamy 822 chorych. Wreszcie L. Turnau podaje 1—2%, więc biorąc 2%, otrzymamy 64 chorych. Ogólna suma leczonych swoiście wynosi razem 1381 chorych, co w stosunku do ogólnej liczby chorych w tabl. B., t. j. do 19079, stanowi okrągło 7%. (W liczbie chorych w tabl: B. opuszczamy u Reichego cyfry 65 i 654, sądząc, że weszły one do późniejszego sprawozdania z roku 1905, obejmującego razem 1263 chorych). Sądzimy więc, że taka nieznaczna liczba 7% leczonych swoiście nie może mieć wpływu na dodatnie wyniki, jakie należy przypisać metodzie higieniczno-dyetetycznej. Twierdzenie nasze tembardziej stanie się uzasadnionem, skoro zważymy taką np. okoliczność, że u Weickera, przy stosowaniu tuberkuliny u 15% widzimy 38·3% dodatnich wyników po 4 latach, gdy Gebhard przy wyłącznem higieniczno-dyetetycznem leczeniu wykazuje 34·4%, ale po 9½ latach.

¹) E. Rumpf w sprawozdaniu za 1902 r. pisze, iż tylko u 8 chorych stosował BC; leczenia zaś zapomocą T. »wskutek ogólnej niechęci chorych do wstrzykiwań nie mógł przeprowadzić w należytej mierze". Ponieważ jednak listownie donosi, iż w 1905/6 r. stosował spec. leczenie plus minus u 10% chorych, bierzemy więc tę maksymalną normę i dla roku 1902.

Tab. B.

Trwałe wyniki.

Leczenie higieniczno-dyetetyczne				
Nazwisko autora i zakładu	Ilość wszystkich leczonych chorych	Od chwili opuszczenia zakładu	Odsetki ogólnej ilości leczonych	Uwagi
Schröder (61) Nowe Sanatoryum w Schömberg.	181	po 3 latach	55·6% »geheilt und im wirtschaftlichen Sinne geheilt«	
Meissen (37)	248 (*)	od 3 do 11 lat	84% »gesund u. berufsfähig«	W tej liczbie nie wszyscy leczeni, lecz tylko chorzy wypuszczeni »z najlepszym wynikiem«.
Weicker (68) Sanatoryum »Krankenheim« w Görbersdorfie.	3299	po 4 latach	38·3% »voll u. theilweise arbeitsfähig«	
Reiche (47 i 48) Zakład ubezp. dla miast hanzeatyckich.	1) 65	po 4 latach	57% »vollerwerbsfähig« 62% »voll u. begrenzt erwerbsfähig«	
	2) 654	przeciętnie dla 4 lat	63·6% »vollerwerbs.« 80% »voll u. begrenzt erwerbsfähig«	
	3) 1263 (zawiera całą ilość leczonych 1895-1900 (*))	po 3 do 9 latach	57·3% »erwerbsfähig«	(*) Kontrola lekarska przeprowadzona na początku 1904 roku.
Köhler (30 32 i 33) Sanatoryum (ludowe) Holsterhausen.	781	po 4 latach	53·5% »vollarbeitsfähig« 67·7% »voll u. theilweise arbeitsfähig«	
Zestawienie przez Köhlera (31) dla sanatoryów (ludowych) Rossbach, Friedrichsheim, Stadtwald-Moltkefeld.	ilość dokładna nie podana	po 4 latach	około 55% *) »vollarbeitsfähig«	(*) Wedle Köhlera taka cyfra (55% vollarbeitsfähig) po 4 latach ma wartość dla sanatoryów ludowych niemieckich wogóle jako średnia.
Zestawione przezemnie na podstawie odnośnych rocznych sprawozdań: Rossbach	563 (1903 r.)	po 4 latach	44·2% »vollarbeitsfähig«	
Friedrichsheim	670 (1902 r.)	po 4 latach	60% »arbeitsfähig«	
Stadtwald-Moltkefeld	640 (1902 r.)	po 4 latach	58% »vollerwerbsfähig« cyfra przeciętna dla trzech lat 1902—1904 (włącznie)	
	632 (1903 r.)	po 4 latach		
	716 (1904 r.)	po 4 latach		
Saugman (57) Sanatoryum Veljefjorel (ludowe) (Dania).	662	po 5 latach	40·7% »voll u. begrenzt arbeitsfähig«	
Carrière (Berne) (11) Sanatoryum (ludowe) Bazylejskie w Davos.	284	po 5 latach	56·9% »capacité entierè au travail et rèduite«	
Turnau (67) Sanatoryum (ludowe) Heiligenschwendi Szwajcarya.	3200	po 6 latach	69% »voll u. theil. arbeitsfähig«	
		po 9 latach	40·2% »voll u. theil. arbeitsfähig«	
Gebhard (19) Zakład ubezp. miast hanzeatyckich.	6025	po 9½ latach	34·4% »ganz erwerbsfähig« d. h. »voll oder nahezu voll«	
Ruge (57) Sanatoryum Arosa (pod kierunkiem Dra Jacobi) Szwajcarya.	113	po 10 latach	33·6% »Leistungsfähigkeit nicht oder wenig beeinträchtigt«	

ników swoistego leczenia, są względnie dość skąpe. Co się zaś tyczy trwałych wyników (Dauererfolge), to liczby w poszczególnych sprawozdaniach są bardzo różnorodne i materyał służący dla celów leczniczych również bardzo niejednostajny. Pozwolimy sobie załączyć tablice.

Rozpatrując bezstronnie powyższe tablice, musimy dojść do wniosku, że w świetle cyfr swoiste leczenie nie posiada żadnej wyższości nad higieniczno-dyetetycznem. Wniosek taki stanie się tembardziej uprawnionym, jeśli porównamy trwałe wyniki dla jednego i tego samego okresu czasu: np. u Bandeliera 62% i u Köhlera 67% (u obu po 4 latach). Uzasadnienie naszego wniosku wystąpi jeszcze wyraźniej przy porównaniu np. trwałych wyników leczniczych u Rucka 68·3% po 4—5 latach i z uwzględnieniem, że dotyczą one chorych, wypuszczonych z sanatoryum »z dodatnim klinicznym wynikiem« z takimi wynikami u Turnau, wynoszącymi 69% po 6 latach, ale z zaznaczeniem, że dotyczą wszystkich chorych, bez wyboru materyału.

Jeśli od »trwałych wyników« (Dauererfolge) przejdziemy do wyników przy opuszczeniu zakładu (Entlassungserfolge), to ujrzymy, iż między dwiema metodami niema żadnej, lub w każdym razie bardzo mała różnica:

Bandelier (l. c.) podaje dla 383 chorych[12]) (leczonych BE albo »Perlsuchttuberkulin) 95·5% wyników dodatnich:

65·5% wyleczeni i zupełnie zdolni do pracy
30% częściowo zdolni do pracy,

Schnöller ([65]) podaje dla 211 chorych (leczonych BF) 88·2% wyników dodatnich

23·2% prawdopodobne wyleczenie
49·8% znaczna poprawa
15·2% poprawa,

Ruck (l. c.) dla 1893 chorych (T i różne preparaty z tbc) 85·7% wyników dodatnich

47·8% prawdopodobne wyleczenie
37·9% poprawa,

Hamel ([27]) zaś podaje dla olbrzymiego, 15800 chorych wynoszącego materyału (leczenie hig.-dyetetyczne) 90·3% wyników dodatnich

76·9% zupełna zdolność do pracy
13·4% częściowa » » »

Zbierając wszystko, cośmy do tej pory mówili, możemy streścić wnioski w paru słowach. Wobec różnych niezgodnych i zmieniających się kolejno po sobie teoryi, wobec sprzecznych wyników doświadczeń nad zwierzętami, wobec sprzecznych metod klinicznych, sprawa swoistego leczenia gruźlicy ludzkiej nie jest jeszcze dojrzała. Wątpliwości takie zarysowują się jeszcze wyraźniej, gdy zastanowić się nad ogólnym charakterem gruźlicy ze stanowiska panujących dziś teoryi o zakażeniu i intoksykacyi. Już wyżej poruszyliśmy pytanie, czy gruźlica jest chorobą przeważnie zakaźną, czy przeważnie toksyczną. Jak wyżej wspomnieliśmy, wytwarzanie się anty-ektotoksyn w gruźlicy doświadczalnie wykazane nie jest, choć doświadczenia Heymansa i Haentjensa na zwierzętach, oraz stosowanie przez Haentjensa »filtrazy« u ludzi zdaje się przemawiać za tem, że ektotoksyny odgrywają niejaką rolę w uodpornieniu. Pytanie jednak, czy takie ekto-toksyny nie są w istocie endotoksynami, wyzwolonemi z ultramikroskopowych odłamków (Splitter) w sensie teoryi Wolff-Eisnera. Tymczasem bliższe określenie wybitnego charakteru gruźlicy — nie mówiąc już o jego znaczeniu naukowem — ze stanowiska klinicznego jest z tego względu nader pożądane, że poprowadziłoby do ujednostajnienia i uproszczenia metod leczniczych.

Wobec powyższych naszych wywodów, uodpornienie bierne na gruźlicę zdaje się niewiele obiecywać na przyszłość. Należy jednak zauważyć, że nawet w pierwszorzędnych klinikach obok uodpornienia biernego, stosują — wprawdzie w znacznie mniejszych rozmiarach — uodpornienie czynne, które, wedle jego zwolenników, daje zadowalniające wyniki.

Z drugiej jednak strony, istota uodpornienia czynnego, czyli wytwarzanie się różnych niweczników (Antikörper) — jak widzieliśmy — nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona i doświadczalnie wykazana.

Dziś, pod wpływem prac Wolff-Eisnera, coraz więcej nabiera prawdopodobieństwa myśl, że gruźlica jest przedewszystkiem chorobą zakaźną w tem znaczeniu, że wytworzone z prątka jady są endotoksynami. Lüdke na podstawie swych prac twierdzi, że ustrój gruźliczego jest daleko bardziej »przesiąknięty« (durchseucht) lasecznikami, niż dotąd sądzono w myśl teoryi toksynemii, że ustrój w swych tkankach chorych i najbardziej ich blizkich jest zatruty przez endotoksyny tbc i przez wchłanianie sprowadzonych przez nie produktów rozkładu ([36]). Teorya taka jest niejako uzupełnieniem teoryi Wolff-Eisnera. Połączone obydwie razem mogą nam tłómaczyć różne objawy z przebiegu gruźlicy, jak np. gorączkę, poty, przyspieszenie tętna itd., oraz stopień ich natężenia przez ilościowe działanie antytoksyn ([72]), ale nie tłómaczą nam ostatecznie mechanizmu uodpornienia przy leczeniu swoistem lub higieniczno-dyetetycznem.

Jeśli jest prawdą, że gruźlica jest chorobą przeważnie a może wyłącznie zakaźną i staje się »toksyczną« przez działanie endotoksyn, uwolnionych z lasecznika lub z »odłamków« (Splitter), to powstaje dalsze pytanie: co się dzieje z temi endotoksynami? w jaki sposób są one zobojętniane zewnątrzkomórkowo przez żywotne soki ustroju? A dalej, jakie poszczególne narządy ustroju odgrywają tu główną rolę? Wiemy, że narządy krwiotwórcze, jak np. śledziona i szpik kostny, są jednocześnie siedliskiem wytwarzania się niweczników (Antikörper). Byłoby więc rzeczą ciekawą wykazać, w jakich narządach lub tkankach giną produkty rozkładu tkanki gruźliczej, przepojone endotoksynami? [13]). Łącznie z temi pytaniami i wobec tego, że teorye »allergii« i »lizyn« niedostatecznie nam wyjaśniają różne zjawiska z dziedziny walki ustroju z lasecznikiem, powstaje pytanie, czy dalsze badania nie wykażą jeszcze istnienia innych niweczników, odgrywających ważną w tym względzie rolę? Wedle np. poszukiwań Böhmego nad »bakteryopinami«, surowica krwi u ludzi zdrowych ciał tych nie zawiera. Natomiast pojawiają się często u ciężko chorych na gruźlicę, w wielkich zaś ilościach u wszystkich gruźliczych, leczonych zapomocą BE? ([10]).

Jako ogólny wniosek wypada, że należy w sprawie swoistego leczenia gruźlicy zachowywać pewną dozę sceptycyzmu, skoro wyniki takich kolosalnych wysiłków myśli ludzkiej nie są ujęte jeszcze w ścisłe prawa, wyjaśniające harmonijny związek różnych zjawisk biologicznych.

Z tego jednak wszystkiego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika praktyczne pytanie dla klinicysty: jak się zachować

---

[12]) Praca nasza była już zupełnie ukończona, gdy otrzymaliśmy obszerną pracę Bandeliera »Die Leistungsfähigkeit der kombinierten Anstalts- und Tuberkulinbehandlung bei der Lungentuberkulose«. (Brauers Beiträge. Bd. XV. Hft. I.). Auor podając dla 500 chorych przy opuszczeniu sanatoryum 96·4% dodatn. wyników z celem przekonania niewiernych wielkością materyału, formułuje swój wniosek w następujących słowach: »Swoiste leczenie wykazuje wyniki, które bez porównania wyżej należy postawić od wyników leczenia hig.-dyetetycznego«. Zapewne u 500 chorych wyniki są o 1% wyższe (96·4—95·5 = 0·9), niż u 383 chorych — to nie podlega wątpliwości. Ale owa »wyższość wyników« jest zupełnie gołosłowna, skoro widzimy u 15800 chorych Hamela, leczonych hig.-dyetetycznie, tylko o 6% mniej, niż u Bandeliera. Wniosek więc B. wydaje się tymczasem zbyt pospiesznym.

wobec swoistego leczenia gruźlicy? Odrzucać je — byłoby ignorowaniem tego, co nauka już dała i zapoznaniem faktu, że swoiste leczenie łącznie z metodą higieniczno-dyetetyczną coraz więcej ostatniemi laty jest stosowane. Wedle Bandeliera i Roepkego w Niemczech ilość sanatoryów, w których stosują swoiste leczenie, w ciągu 3 lat (1905—1908) zwiększyła się z 24% do 61% w stosunku do całej liczby istniejących (2). Przyjmować jednak leczenie swoiste na ślepo, — byłoby utożsamieniem pewników z hypotezami naukowemi. Przy hypotezach otwarta jest droga do badań i doświadczeń. Ale doświadczenia i próby u człowieka powinny ściśle trzymać się zasady: »primum non nocere«. Z tych więc względów, co się nas tyczy, stosujemy swoiste leczenie w naszem Sanatoryum. Jeśli posługujemy się TBk, to wychodząc z zasady empirycznej. Widzieliśmy bowiem dobre skutki TBk w klinice berneńskiej, pod okiem takiej powagi, jak Sahli. Trzymając się głównych wytycznych jego metody, nie mamy dotąd w naszym bilansie — jak wykaże druga część pracy — żadnych szkód dla chorych.

Piśmiennictwo. 1) Bandelier: IV. Versammlung der Tuberk. Aerzte 1907. — 2) Bandelier u. Roepke: Lehrb. der spezif. Diagnostik u. Therapie der Tuberkulose. 1909. Würzburg. — 3) S. Bernheim et P. Barbier: Zeits. f. Tub. Bd. 13. — 4) Bauer: Münch. m. W. 1909. Nr 24. — 5) Tenże: Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. XIII. — 6) Tenże: Münch. m. Woch. 1908. Nr 44. — 7) P. Bermbach: Zeits. f. Tubk. Bd. XIII. — 8) A. Besredka: Bull. de l'Inst. Pasteur 1908. Nr 19—21. — 9) Tenże: Ibid. 1909. Nr 17. — 10) Boehme: Münch. m. W. 1909. Nr 22—23. — 11) Carrière (Berne): Tuberculosis 1905. — 12) Christian u. Rosenblatt: Mün. m. Woch. 1908. Nr 39. — 13) S. Cohn: Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. XI. — 14) Daels: Med. Klin. 1908. Nr 2. — 15) Denys: Le bouillon filtré. Paris 1905. — 16) Eber: Centr. f. Bakt. 1908. Bd. XLII. Nr 9—10. — 17) Engel u. Bauer: Münch. med. Woch. 1908. Nr 44. — 18) Friedemann: Münch. m. Woch. 1907. Nr 49. — 19) Gebhard (Lübeck): Zeitsch. f. Tub. Bd. 8. H. 2. — 20) Goetsch: Deut. m. Woch. 1901. Nr 25. — 21) Hamburger: Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. XII. — 22) Tenże: Münch. m. Woch. 1908. Nr 42. — 23) Tenże: Münch. m. Woch. 1908. Nr 23. — 24) Haentjens: Zeitsch. f. Tub. Bd. XI. H. 3. — 25) Tenże: Ibid. Bd. XI. H. 4. — 26) Humbert: Revue m. de la Suisse romand. 1906. Nr 10. — 27) Hamel: Tuberkulose-Arb. aus dem kais. Gesundheitsamte. 1908. Z. 8. — 28) Klimmer: Centr. f. Bakt. (Referate) 1909. Bd. XLIII. — 29) F. Klemperer: Therap. d. Gegenw. H. I. u. II. 1909. — 30) Köhler: VII. Jahresbericht der Heilstätte Holsterhausen J. 1908. — 31) Tenże: Tuberculosis 1908. Nr 7. — 32) Tenże: Deut. m. Woch. 1909. Nr 25. — 33) Tenże: Tuberculosis. 1909. Nr 2. — 34) Link: Münch. m. Woch. 1908. Nr 14. — 35) Landmann: Berl. klin. W. 1908. Nr 45. — 36) Lüdke: Münch. m. W. 1908. Nr 15—16. — 37) Meissen: Zeits. f. Tub. Bd. 4. H. 2. — 38) Moeller: Zeits. f. Tub. Bd. 5. H. 5. — 39) G. Th. Müller: Vorlesungen über Infection und Immunitaet. G. Fischer. Jena. 1909. — 40) Nowak: Sprawozdanie c. k. Tow. rolniczego krakowskiego. 1908. — 41) v. Pirquet: Klinische Studien über Vakzinatio. Wien 1907. — 42) Pirquet u. B. Schick: Die Serumkrankheit. Wien 1905. — 43) Pickert: Deut. m. Woch. 1909. Nr 23. — 44) Tenże: Deut. m. Woch. 1900. Nr 38. — 45) Tenże i Loewenstein: Deut. m. W. 1908. Nr 52. — 46) Rénon: Journ. des Praticiens. 1904. Nr 12. — 47) Reiche: Zeits. f. Tub. Bd. 2. H. 5. — 48) Tenże: Münch. m. Woch. 1905. Nr 15. — 49) Roepke: Deut. m. Woch. 1909. Nr 42. — 50) Rothschild: Beitr. z. Klin. der Tub. Bd. X. — 51) Tenże: Zeits. f. Tuberkulose. Bd. XII. — 52) Tenże: Deut. m. Woch. 1909. Nr 21. — 53) Paul H. Römer: Beitr. z. Klin. der Tub. Bd. XI. — 54) Tenże: Ibid. Bd. XIII. — 55) Tenże: Berl. klin. Woch. 1909. Nr 18. — 56) v. Ruck: Zeits. f. Tub. Bd. XI. — 57) Ruge: Zeits. f. Tuberkulose. Bd. 15. H. 2. — 57. b) Sausman: Mitteilungen vom Veljefiord Sanatorium. Kopenhaga 1909. — 58) Schick: Münch. med. Woch. 1908. Nr 10. — 59) Schröder: Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. XI. — 60) Tenże: Ibid. Bd. XII. — 61) Tenże: IV. Versaml. der Tuberkulose-Aerzte. 1907. — 62) C. Spengler: Deut. m. Woch. 1908. Nr 38. — 63) Stephani et Gouraud: Congrès franç. de méd. 9 Session 1907. — 64) Stephani: Congrès franc. de méd. 10 Session 1908. — 65) Schnöller: Theoretisches und Praktisches über Immunisierung gegen Tuberkulose etc. Strassburg 1909. — 66) Turban: Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberkulose. Wiesbaden 1899. — 67) Turnau Laura: Zeitsch. f. Tub. Bd. 15. H. 1. — 68) Weicker: Beiträge z. Frage d. Volksheilst. VIII. 1903. — 69) Weicker und Bandelier: Deut. m. Woch. 1909. Nr 42. — 70) Wolff-Eisner: Berl. klin. Woch. 1904. Nr 42 u. 44. — 71) Tenże: Ibid. 1907. Nr 38. — 72) Tenże: Ibid. 1908. Nr 2. — 73) Tenże: Ibid. Nr 30—31. — 74) Tenże: Münch. m. Woch. 1906. Nr 5. — 75) Tenże: Münch. m. Woch. 1908. Nr 35. — 76) Tenże: Frühdiagnose und Tuberkulose-Immunität. 2. Aufl. 1909. — 77) Yamanouchi: Wien. klin. Woch. 1908. Nr 47.

[13]) Z niedawnej pracy Schrödera wypada, że śledziona zawiera ciała ochronne przeciw tbc ludzkim (60). Z prac innych autorów wiadoma jest rola ochronna gruczołów chłonnych.

Ciąża, a oko.

Podał

Prof. Dr K. W. Majewski.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

(Ciąg dalszy).

Dzięki temu wysiłkowi oko mimo swej wady widzi dobrze. Powiadamy, że dalekowidztwo jest w całości ukryte (Hp. latens). Ale z biegiem lat mięsień rzęskowy, przeciążony nadmiarem pracy, zaczyna stopniowo wypowiadać służbę i w miarę tego wzrok się osłabia; nadmiarowość zaczyna się ujawniać i oko domaga się szkła wypukłego nietylko do czytania, ale do patrzenia w dal, szkła, mającego zastąpić w pracy wyrównawczej żywą soczewkę oka, która się niedostatecznie wypukla. Każdemu okuliście znane są przypadki, w których kobieta młoda, ciesząca się dotąd doskonałym wzrokiem, po przebyciu ciężkiego porodu, niedokrwista w następstwie krwotoków, jakie przebyła, blada i wycieńczona, podniósłszy się z połogu, z niepokojem spostrzega osłabienie wzroku, zwłaszcza przy czytaniu, pisaniu i robotach ręcznych. Udaje się do okulisty i od niego dowiaduje się dopiero, że ma błąd wrodzony w budowie oczu, który się teraz na jaw wydobył. Dostaje szkła, przez które znów widzi dobrze, które jednak z biegiem tygodni lub miesięcy, w miarę, jak się poprawia zdrowie i wracają siły, stają się najpierw za silne, trzeba je zmienić na słabsze, a wreszcie stają się zbyteczne. Mięsień rzęskowy odzyskał dawną sprawność i podjął na nowo swą pracę wyrównawczą. Nadmiarowość chwilowo ujawniona, wchodzi na nowo w okres utajenia. Znane są przypadki, w których kobieta po każdym połogu przechodzi taką samą metamorfozę wzroku, podczas której musi używać szkieł, przynajmniej do pracy z blizka. Osoby, u których nadmiarowość, zwłaszcza znaczniejszego stopnia, ujawniła się już wcześniej, n. p. w latach szkolnych, i które już stale posługują się szkłami, osoby te potrzebują w tych okresach osłabienia mięśnia rzęskowego, szkieł silniejszych. Proszę zwrócić uwagę, że tu sprawa porodowa, połóg, karmienie, względnie ciężkie powikłania ogólne, związane ze sprawą rodzenia, nie wpływają wcale na stopień wady refrakcyi, która będąc zboczeniem wrodzonem, zmienić się nie może, a wpływają tylko na narząd wyrównawczy, i to w sposób przemijający. Daleko poważniejszym i szkodliwszym jest

wpływ spraw tych na krótkowidztwo, przynajmniej na niektóre jego postacie, o czem, jako o sprawie bardzo ważnej, będzie mowa osobno.

Oprócz niedomogi akomodacyjnej występuje bardzo często w okresach ogólnego osłabienia, a zatem i po ciężkich porodach, niedomoga zewnętrznych mięśni ocznych. Niedomoga ta wyraża się utajonemi zboczeniami równowagi mięśniowej. Zboczenia te obejmujemy ogólną nazwą heteroforyi. Sposoby wykrycia i oznaczenia stopnia heteroforyi miałem sposobność przedstawić przed kilku laty w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem. Najlepszą jest metoda Naddoxa, pozwalająca przy użyciu płytki, złożonej z czerwonych pałeczek szklanych, odczytać na skali pozycyę smugi czerwonej, a tem samem określić dokładnie rodzaj i stopień heteroforyi. Najczęściej spotykanym i najważniejszym rodzajem heteroforyi jest egzoforya, czyli niedomoga mięśni prostych wewnętrznych, inaczej niedomoga zbieżności (konwergencyi). Niedomoga ta sprawia nieraz dolegliwe objawy podmiotowe i utrudnia wszelką pracę z blizka w równym stopniu, jak niedomoga akomodacyi, nieraz jeszcze bardziej. Dzięki metodzie Naddoxa, pozwalającej dokładnie i ściśle oznaczać wszelkie wahania egzoforyi, można z łatwością się przekonać, że u kobiet nie tyle w ciąży, jak raczej po połogu w czasie karmienia pojawia się egzoforya i wywołana przez nią astenopia, jeśli jej poprzednio nie było, a potęguje się, jeśli już poprzednio istniała. Przed ośmiu laty, przeprowadzając na większą skalę badania nad heteroforyą, miałem często sposobność spostrzegać szkodliwy wpływ w tym kierunku porodów i karmienia.

Najpoważniejsze i najgroźniejsze dla wzroku zaburzenia oczne podczas ciąży stoją zazwyczaj w związku z powikłaniami ciąży, które stanowią niebezpieczeństwo nietylko dla wzroku, ale i dla życia ciężarnej. I tak wiadomo, że zapalenie nerek w ciąży (nephritis gravidarum) wywołuje częstokroć wystąpienie zapalenia siatkówki (retinitis albuminurica), lub zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego, rzadziej zapalenie samego nerwu, nierzadko oderwanie się siatkówki.

W razie mocznicy trzeba być oczywiście przygotowanym na możliwość napadu uremicznej ślepoty.

Jakie znaczenie w rokowaniu ma zapalenie siatkówki (retinitis albuminurica), występujące w przebiegu zwyczajnego śródmiąższowego zapalenia nerek, o tem wie każdy lekarz doskonale. O rokowaniu samego zapalenia siatkówki nie warto nawet mówić, bo ono samo, jako objaw, stanowi »signum pessimi ominis« dla życia chorego, jest niejako pierwszem dzwonieniem śmierci. Zapalenie siatkówki w ciąży (retinitis albuminurica gravidarum) daje o tyle lepsze rokowanie, o ile lepsze jest rokowanie, jakie wogóle dają zmiany nerek w ciąży (ren gravidarum). W przypadkach, gdzie po porodzie znikają z moczu białko i wałeczki, gdzie ustępują obrzęki i inne ogólne objawy niedomogi nerek, tam ustępuje, a raczej zatrzymuje się w swym postępie zapalenie siatkówki. Plamy w siatkówce pozostają, ale pozostaje też zwykle dostateczna bystrość wzroku i niezbyt uszkodzone pole widzenia.

Co do zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego (neuroretinitis albuminurica gravidarum) warto podnieść jeszcze oryginalne zapatrywanie Joseya (28) i Hirsta (28), którzy po zbadaniu większej liczby ciężarnych doszli do przekonania, że nie należy bezwzględnie ufać chemicznemu i mikroskopowemu badaniu moczu, gdy chodzi o rozpoznanie toksemii, wywołanej zaburzeniem czynności wydzielniczej nerek. Zdarzają się mianowicie przypadki typowej »retinitis albuminurica sine albuminuria«: badanie moczu nie wykazywało ani białka, ani wałeczków, ani zboczeń w ciężarze właściwym. W jednym z takich przypadków przerwanie ciąży usunęło i zmiany w oczach i towarzyszące im mocznicowe objawy ogólne. Zdaniem autorów wynika z tego potrzeba badania wziernikiem oczu kobiet ciężarnych, bez względu na to, czy okazują białkomocz, czy nie.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Z dziedziny chirurgii mózgowia.

Streszczenie zbiorowe.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

Spostrzeżenia fizyologiczne na mózgu wśród operacyi czynił Fedor Krause (1). Drażnił on korę prądem faradycznym i to bardzo słabym, albowiem łatwo przytem wywołać można zapad, lub nawet napad padaczkowy. Drażnić należy w lekkiem uśpieniu chloroformowem, gdyż przy głębokiem następuje porażenie kory. Przeważna część ośrodków dla kończyn leży w zwoju środkowym przednim. Po wycięciu kawałka kory występują objawy porażenia ruchu lub czucia, które jednak z czasem ustępują, o ile nie wycięto zadużo kory. Mózg i móżdżek nie są wrażliwe na ból, natomiast bardzo czuła jest opona twarda.

Guzy, zwłaszcza bardzo miękkie, nieraz trudno jest usunąć z mózgu bez większego zranienia otaczającej tkanki mózgowej; aby temu zapobiedz podał tenże autor na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich, sposób wydobywania guzów zapomocą aspiracyi przyrządem Klappa, lub też, co lepiej, odpowiednimi cylindrami szklanymi i pompą wodną. W ten sposób udaje się usuwać guzy nawet bardzo miękkie, rozpadające się. Guza nie wyrywa się zupełnie, lecz tylko podciąga i niejako umocowuje, poczem naokoło odsuwa się ostrożnie zdrową substancyę mózgową. Postępowanie to nadaje się bardzo do guzów umieszczonych głęboko, np. w móżdżku, w przysadce i t. p.

Braman i Anton (2) podali sposób nakłuwania mózgu przez spoidło, a to celem stworzenia połączenia między komorą, a przestrzenią podoponową w tych przypadkach, w których tego połączenia niema, a bardzo właśnie o nie chodzi. Zabieg ten wykonać można także w znieczuleniu miejscowem. Po otwarciu czaszki (poza szwem wieńcowym więcej ku stronie prawej blizko szwu strzałkowego) następuje nacięcie opony twardej, wprowadzenie koło sierpu kaniuli przez spoidło do komory przedniej i lekkie rozszerzenie tego kanału. Anton doniósł o 22 operacyach, wykonanych tym sposobem w przypadkach znacznego wodogłowia samorodnego u dzieci, dalej w przypadkach nowotworów, wywołujących wodogłowie wewnętrzne, a wreszcie przedwstępnie przy otwarciach czaszki celem zapobieżenia wypadnięciu mózgu. Uzyskane połączenie utrzymuje się stale i sekcyjnie wykazano je jeszcze po $1/2$ roku. Po nakłuciu znikają zwykle szybko bole głowy, zawroty, wymioty i t. p., a nawet przypady oczne poprawiają się, a przynajmniej nie posuwają się naprzód.

Nakłucie lędźwiowe przy guzach mózgu wykonywać można podług Sicarda (3) przy zachowaniu następujących

ostrożności (o ile nie chcemy narazić się na groźne powikłania): 1) Przed nakłuciem chory leżeć powinien w łóżku na wznak, nie podnosząc głowy przez 48 godzin. 2) Zabieg sam wykonuje się w pozycyi bocznej z głową umieszczoną trochę niżej. Nie należy wypuszczać za dużo płynu. 4) Po zabiegu 12—24 godzin powinien chory leżeć w tem położeniu, jak przy operacyi, poczem 48 godzin położenie na wznak, z głową ułożoną równo z resztą ciała. 5) Nie należy wykonywać nakłucia u chorych, u których bole głowy, zawroty i t. p. zwiększają się przy położeniu na wznak.

W zakresie operacyi na przysadce mózgowej uczyniono znaczne postępy. Hochenegg usunął drogą nosową guz przysadki, dający obraz akromegalii. Po operacyi ustąpiły bóle głowy, język, ręce i nogi zmniejszyły się, natomiast powiększył się środkowy płat gruczołu tarczowego. Operowana straciła przytem znamiona męskie. W naszem piśmiennictwie opisał swój przypadek, operowany przez Eiselsberga, Bychowski [4]. I tutaj także wynik operacyjny był bardzo dobry. Bole głowy i wymioty znikły, a zmiany w oczach poprawiły się znacznie. Ogółem dotąd opisano 8 operacyi na przysadce mózgowej. Przeważnie dają guzy przysadki dość typowe objawy; jedne objawy akromegalii, a inne znów — objawy, które Fröhlich ujął w osobną postać chorobową (bole głowy, nadmierne tycie, zanik lub niedorozwój narządów płciowych).

Operacyjne leczenie padaczki uzyskało już zupełne obywatelstwo w chirurgii. Nie mówiąc już o padaczce urazowej, operuje się ze skutkiem także objawową padaczkę Jacksona, a nawet i padaczkę samoistną. Krause [5] przy operacyi padaczki objawowej postępuje dwuczasowo (otwiera czaszkę, a w 5—8 dni przystępuje dopiero do operacyi na częściach miękkich) i ma wyniki bardzo dobre. Po wyszukaniu pierwotnego ogniska w korze (das primäre Krampf-Centrum) wycina je wraz z oponami miękkiemi na długości najwyżej 28 mm, szerokości 15 mm, a głębokości 5—8 mm. Objawy poraźne ustępują (o ile nie wycięto za dużo) rychło, a skutek (ze względu na napady) jest zwykle bardzo dobry. Także przy padaczce samoistnej radzi Krause operować zwłaszcza, że zabieg, który tu wykonać należy, jest mały i daje się wykonać w znieczuleniu miejscowem; zabieg ten polega na stworzeniu »wentyla« w powłokach kostnych czaszki. Nie należy zapominać, że padaczka jest obecnie chorobą częstą i u wielu młodych i zdolnych nieraz ludzi wywołuje zwolna utratę zdolności umysłowych.

Chirurgia móżdżku może pochlubić się także wielkim postępem. Przedewszystkiem nauczyliśmy się obecnie znacznie lepiej rozpoznawać cierpienia móżdżku. O sprawie tej traktują dwie prace Hildebranda [6], a z naszych — praca Męczkowskiego [7].

Na móżdżku operujemy zwykle z trzech powodów: 1) przy ropniach, 2) przy guzach lub sprawach zapalnych, 3) przy wodogłowiu zewnętrznem ew. surowiczem zapaleniu opon.

Guzy móżdżku wywołują objawy ogólne (ucisku mózgu) i miejscowe. A więc spotykamy tu tarczę zastoinową (obustronną i szybko przechodzącą w zanik), bole głowy (tyłogłowia i czoła), wymioty, zwolnienie tętna, zawroty głowy i t. p. Zawroty występują napadowo, nieraz wśród drżenia gałek ocznych i silnych bólów karku. Cechującym jest też bezład móżdżkowy (asynergie cerebelleuse) i diadokokinesia, t. j. niemożność prędkiego wykonywania po sobie ruchów przeciwnych, jak np. zginania i wyprostowywania. Przy chorobie móżdżku zajęte być mogą i uciśnięte sąsiednie nerwy mózgowe, jak językowo-gardłowy, błędny i dodatkowy. Rozpoznanie, czy guz leży wśród móżdżku — czy poza móżdżkiem, oprzeć można czasem na pewnych objawach. Tak np. przy guzach śród móżdżku występują bardzo wcześnie bole głowy, wymioty i tarcza zastoinowa, zaś przy zewnątrzmóżdżkowych ulegają znów często rychłemu uciskowi sąsiednie nerwy, jak trójdzielny, odwodzący, twarzowy i uszny. Również występują zmiany w fonacyi i połykaniu.

Męczkowski zwraca uwagę jeszcze na dalsze szczegóły. Wymioty występują tutaj bardzo uporczywie. Zjawiają się one na czczo, zwłaszcza przy zmianach położenia ciała. Bezład móżdżkowy cechuje między innemi chód chwiejny i zygzakowaty, zataczanie się (zwykle w stronę chorą), padanie na bok lub w tył. Często doznają chorzy wrażenia, że przedmioty przesuwają się im przed oczami. Bezład móżdżkowy (w przeciwieństwie do bezładu w wiądzie rdzenia) nie zwiększa się przy zamkniętych oczach. Występuje też przy cierpieniach móżdżku t. zw. dysmetrya, t. j. brak miary przy wykonywaniu ruchów, np. kreśleniu linii na papierze, a wreszcie katalepsya.

Jeżeli brakuje typowych objawów, to czasem trudno jest odróżnić guz móżdżku od wodogłowia wewnętrznego, lub też guza w płacie czołowym po stronie przeciwnej. Operacyę na móżdżku wykonuje się zwykle dwuczasowo. Czaszkę należy nieraz otworzyć szeroko, zwłaszcza jeżeli nie mamy pewności, po której stronie guz się znajduje. Drugi akt operacyi, t. j. otwarcie opony i dojście do móżdżku, wykonujemy w 5—10 dni po pierwszym. Przez operowanie dwuczasowe uzyskujemy znacznie lepsze wyniki i śmiertelność znacznie się zmniejsza.

Bardzo niebezpieczne są operacye guzów w pobliżu IV komory. Wystąpić tu może nagle śmierć przy — ewentualnie i po — operacyi, np. wskutek następowego krwotoku.

Wyniki operacyjne zależą od rodzaju samego cierpienia. Bardzo dobre rokowanie dają torbiele móżdżku, natomiast przy nowotworach jest ono fatalne. Według zestawienia Borchardta na 101 rozpoznań guzów móżdżku, w 62 nie znaleziono przy operacyi wcale guza, z 39 innych umarło 22 zaraz po operacyi, a zaledwo w 17 uzyskano jaki taki wynik. Te złe wyniki nie powinny odstraszać od operacyi, albowiem zawsze pamiętać należy, że przy operacyi, mimo rozpoznania guza, możemy wobec znacznych trudności rozpoznawczych spotkać inną zupełnie sprawę, dającą lepsze rokowanie (ropień, torbiel, lub też guz, dający się łatwo i w całości usunąć).

O zabiegach chirurgicznych łagodzących (paliatywnych) (przekłucie lędźwiowe, trepanacya paliatywna) przy nowotworach mózgowia pisał w ostatnich czasach Jaroszyński [8].

Zważywszy, że zaledwo 10% nowotworów mózgu nadaje się do operacyi, nic dziwnego, że i zabiegi, przynoszące ulgę, są zupełnie uzasadnione. Łagodzą one bole głowy, usuwają nieraz wymioty, drgawki, wpływają korzystnie na zmiany oczne i zmniejszają ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Do zabiegów tych zaliczamy 1) zabieg Weckera (dziś zarzucony), polegający na przekłuciu otoczki nerwu wzrokowego, 2) nakłucie lędźwiowe, 3) trepanacyę czaszki bez lub z otwarciem opony, 4) nakłucie spoidła sposobem Braman-Antona, 5) sączkowanie sposobem Payra.

Nakłucie lędźwiowe oddaje nieraz dobre usługi i stosuje się je nieraz u jednego i tego samego chorego po kilkadziesiąt razy. Nie da się jednak zaprzeczyć, że czasem wywołać może ono groźne następstwa, a nawet śmierć. Przyczynę upatrują jedni w nagłem wciągnięciu rdzenia przedłużonego w otwór potyliczny, a przez to w nagłym ucisku na najważniejsze ośrodki, inni znów twierdzą, że wypuszczenie płynu w okolicy lędźwiowej, nie zmniejsza, ale przeciwnie wzmaga ciśnienie śródczaszkowe.

Trepanacya paliatywna ma wiele za sobą. Przedewszystkiem spostrzegano już po wykonaniu jej nieraz wybitną poprawę, zwłaszcza wzroku i zmniejszenie się, choćby tylko czasowe, innych dolegliwości. Zwykle operuje się tu dwuczasowo, a to tak ze względu na stan chorych, jak i na to, że czasem już samo otwarcie czaszki wystarcza; ewentualnie, gdy niema poprawy, w 5—8 dni otwiera się oponę twardą. Celem zapobieżenia następowemu wypadnięciu mózgu poleca Cushing następujące ostrożności: 1) podniesienie głowy chorego, 2) nakłucie lędźwiowe podczas trepanacyi, 3) wykonanie trepanacyi w okolicy podskroniowej lub potylicznej prawej, jako w miejscu najmniej ważnem, a pokrytem mięśniami.

Kiedy należy wykonać nakłucie, a kiedy trepanacyę? Babiński wypowiada tu następujące uwagi: 1) Należy zaczynać od nakłucia i 8 dni obserwować chorego. Jeśli następuje poprawa, to ewentualnie stosuje się w potrzebie dalej nakłucia, jeżeli zaś poprawy niema, należy energicznie leczyć przeciwprzymiotowo. 2) Jeżeli po 4 tygodniach tego leczenia niema żadnej poprawy, poleca Babiński trepanacyę paliatywną. Limfocytoza płynu jest przeciwwskazaniem do trepanacyi. 3) Trepanacya jest przeciwwskazana, gdy chory jest bardzo wyczerpany, lub gdy już wystąpiła zupełna ślepota. 4) Wykonać należy trepanacyę szybko w razie bardzo silnych bolów głowy lub przy szybkiem pogarszaniu się przypadów ocznych.

O sposobie Bramanna mówiliśmy już powyżej.

Sposób Payra polega na połączeniu komór bocznych z układem żylnym zapomocą przeszczepienia odcinka żylnego, łączącego zatokę podłużną górną z komorami mózgowemi. Jakkolwiek teoretycznie słuszny, zabieg ten praktycznie nie odpowiada swemu zadaniu, nie jest technicznie łatwy i nie działa szybko.

Nie należy nigdy za długo czekać na wystąpienie objawów ogniskowych, umożliwiających dokładne określenie siedziby guza, a zwłaszcza, gdy wzrok jest zagrożony. Ideałem chirurgicznego leczenia guzów mózgu jest trepanacya doszczętna. Przy dzisiejszym jednak stanie wiedzy na tem polu jeszcze w większości przypadków uciekać się musimy do operacyi paliatywnych.

W ostatnich czasach ogłosił Sauerbruch (9) próby ze sztucznem zniedokrwieniem przy operacyach czaszki. Z doświadczeń na zwierzętach doszedł S. do przekonania, że niedokrwienie głowy wywołać można łatwo przez umieszczenie tułowia pod ujemnem ciśnieniem. Szkodliwych powikłań w mózgu przytem S. nie spostrzegał. S. ma nadzieję, że da się to spożytkować i przy operacyach na człowieku.

Naturalnie należałoby postępować ostrożnie, a więc używać niewiele zmniejszonego ciśnienia (16—18 mm Hg), umieszczając tułów i kończyny w małych skrzynkach, a to celem wygodnej manipulacyi.

Przytoczone piśmiennictwo: 1) F. Krause (Tow. lek. Berlin, 15. XII., 1909). — 2) Anton (Med. Klinik, Nr 48). — 3) Sicard (Presse med. 31. X., 1908). — 4) Bychowski (Medycyna i Kron. lek., Nr 27—28, 1909). — 5) Krause (Med. Klinik, Nr 38, 1909). — 6) Hildebrand (Deut. med. Wochs. Nr 46, 1909). — 7) Męczkowski (Medycyna i Kron. lek., Nr 48—51, 1909). — 8) Jaroszyński (Medycyna i Kron. lek., Nr 40—42, 1909). — 9) Sauerbruch (Zentrblt. f. Chir., Nr 47, 1909).

Goldman. **Serodyagnostyka przymiotu według Wassermana.** Kijów 1910.

Autor, słuchacz medycyny uniwersytetu kijowskiego, miał odczyt o powyższej treści w »Kółku klinicznem słuchaczów medycyny«. Odczyt ten Kółko wydało drukiem, a Prof. Pawłowski opatrzył przedmową. Praca jest kompilacyą i podaje dość ściśle i dokładnie teraźniejszy stan sprawy.

Po krótkim wstępie przedstawia autor biologiczne zasady odczynu i podaje klasyczny jego schemat, tak, jak go przedstawił Wassermann. Następnie podaje technikę odczynu i sposoby przyrządzania rozmaitych odczynników. Zatrzymując się dłużej nad sposobami ilościowego określenia odczynu, zaznacza autor, że sposoby Citrona, Lessera, Meiera i t. d., są zanadto podległe błędom podmiotowym i mogą być przyczyną różnic w wynikach, i podaje opis prostego a praktycznego przyrządu Finkelstejna do ilościowego określania odczynu. Sposób Finkelstejna opiera się na porównaniu słupków czerwonych ciałek krwi, które osiadają, przy wirowaniu, na dno 2 naczyniek, w postaci wydłużonych lejków. Do jednego naczyńka wlewa się zawartość probówki, w której odbywał się ostatni akt odczynu Wassermanna; do drugiego zawartość probówki kontrolnej. W dalszym ciągu opisuje autor odmiany swoistego antygenu, proponowane przez rozmaitych autorów i omówiwszy w ogólnych zarysach kliniczne znaczenie odczynu, przedstawia dane liczbowe. Rozprawkę zamyka przedstawienie stron ujemnych odczynu i czynionych mu zarzutów, oraz zestawienie zmian, proponowanych przez rozmaitych autorów.

L. Mańkowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

H. Roger i Lévy-Valensi. **Odczyn białkowy** (albuminoréaction) **plwociny.** (Presse méd. 1910, Nr 32). Autorowie podają nową metodę badania plwociny w kierunku białka, która, jak liczne doświadczenia stwierdzają, okazuje się ważnym i pożytecznym sposobem, ułatwiającym rozpoznanie gruźlicy płuc, nawet w tych przypadkach, gdzie badanie prątków Kocha w plwocinie daje wynik ujemny. Sposób postępowania jest następujący: plwocinę nie zawierającą krwi, a możliwie niewiele śluzu, miesza się dokładnie pręcikiem z wodą przekroploną, poczem strąca się śluz, dodając kilka kropli kwasu octowego; nadmiar kwasu jest niepożądany, gdyż może przeszkodzić wystąpieniu odczynu. Następnie sączy się, a w przesączu szuka się białka podobnie, jak w moczu. Autorowie posługują się albo ogrzaniem, a w takim razie dodają do przesączu nieco soli kuchennej, albo (najlepiej) żelazocyankiem potasu w rozczynie nasyconym, który daje bardzo ładny odczyn; w przypadkach, gdzie ilość białka jest nieznaczna, polecają autorowie sączyć plwocinę wprost do probówki, zawierającej około 1 cm^3 rozcz. żelazocyanku: w miejscu zetknięcia się płynów tworzy się charakterystyczny strąt.

Na podstawie badań plwocin 204 chorych, dotkniętych różnemi chorobami płuc, jak gruźlicą w różnych okresach, zapaleniem opłucnej, płuc i oskrzeli, rozedmą, kiłą, zgorzelą, oraz rakiem płuc, stwierdzają autorowie, że 1) plwocina osobników gruźliczych we wszystkich okresach zawiera białko; 2) w zapaleniu włóknikowem, oraz innych ostrych postaciach zapalenia płuc, również zawiera białko, które jednakże, w razie prawidłowego przebiegu choroby, znika w 10—12. dniu, utrzymywać się jednak może w razie, gdy sprawa zapalna ustępuje powoli (n. p. u starców), wreszcie, że 3) w zapaleniach oskrzeli, tak ostrych, jak i przewlekłych, oraz w rozedmie płuc plwocina nigdy nie zawiera białka. A więc obecność białka stanowi niewątpliwy dowód, że w danym przypadku istnieje albo ostra postać zapalenia płuc, co łatwo rozstrzygnąć możemy, albo gruźlica płuc, którą na tej podstawie łatwo rozpoznać zdołamy. Wartość tej metody jest tem większa, gdyż sposób ten pozwala na rozpoznanie gruźlicy płuc w okresach początkowych, gdzie objawy są nieznaczne, klinicznie nic stwierdzić nie można, a badanie co do prątków Kocha daje wyniki ujemne. Nowaczyński.

Jacobson. **Poszukiwanie prątków Kocha zapomocą metody antyforminowo-ligroinowej.** (C. R. Soc. Biolog. 1909, t. LXVI.). Autor posługuje się następującą techniką: 5 cz. antyforminy w rozczynie 40 na 100 na 1 cz. plwociny, pozostawia przez 3 godziny, często mieszając, poczem dodaje ligroiny w takiej ilości, by tworzyła warstwę 2—3 mm szeroką ponad antyforminą, miesza dokładnie i odstawia na pół godziny do cieplarki. Do barwienia bierze się część osadu, który układa się w postaci warstwy. między ligroiną, a antyforminą. Nowaczyński.

D. Danielopol. **Uczulanie spojówki na częste zakraplanie tuberkuliny.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI.). Na podstawie wyników zakraplań tuberkuliny u 110 osobników dochodzi autor do wniosku, że u człowieka zdrowego następuje uczulenie spojówki przez powtarzające się

zakraplanie tak, że odczyn pojawiający się niekiedy dopiero po 3. zakropleniu, występuje na spojówce uczulonej szybko, bo w przeciągu $^1/_2$—1 godziny (u gruźliczych po 6—24 godz.). Być może, że pierwsze zakroplenie tuberkuliny powoduje tworzenie się w obrębie spojówki ciała, które oddziaływa na tuberkulinę zakroploną powtórnie.

Nowaczyński.

C. Guérin. **Wrota zakażenia gruźliczego.** (Rec. méd. véter. 1909, grudzień). G. wyraża zdanie, że zdanie Cohnheima, iż jad gruźliczy, wprowadzony do ustroju, wywołuje najpierw gruźlicę miejscową, później gruczołową, i dopiero po przejściu przez te dwa etapy uogólnia się, nie zawsze jest słuszne. U zwierząt ze zmianami gruźliczemi w narządach wewnętrznych gruczoły, znajdujące się w sąsiedztwie wrót zakażenia, wstrzyknięte śwince morskiej, nie zawsze zdolne są ją zakazić. Doświadczenia nad szczepieniem przeciwgruźliczem drogą przewodu pokarmowego wykazały, że gruczoły krezkowe łatwiej pozbywają się bakteryi gruźliczych, niż oskrzelowe. Autor zaś stara się udowodnić, że prątki gruźlicze, niezdolne do szybkiego wytworzenia zmian gruźliczych (serowatych) w gruczołach krezkowych, mogą, przeszedłszy przez ich miąższ, zakazić gruczoły oskrzelowe. Czterem cielętom zdrowym podano pięć razy zapomocą zgłębnika żołądkowego z pożywieniem bakterye gruźlicze mało jadowite; po dwu miesiącach dwa z nich zabito; makroskopowo gruczoły wszystkie zdawały się prawidłowe, lecz szczepienie gruczołów oskrzelowych i krezkowych wywoływało gruźlicę u świnek. Po roku zabito dwa pozostałe cielęta, które nie oddziaływały już wcale na tuberkulinę; żaden z gruczołów tych cieląt nie zakażał świnki.

Zdaniem autora przechodzenie bakteryi przez gruczoły krezkowe nie ulega wątpliwości, a obecność, lub brak zmian następowych zależą od ilości i jakości bakteryi zakażających.

Przeciwnie Chaussé, powołując się na badania anatomo-patologiczne, które w rzadkich przypadkach stwierdzają, że przewód pokarmowy stanowił bramę zakażenia gruźliczego, sądzi, że zakażenie to drogą przewodu pokarmowego jest nadzwyczaj rzadkie (2—3%) i trudne doświadczalnie do osiągnięcia. Nowaczyński.

A. Bergeron. **Badania nad rozpoznaniem gruźlicy metodą odchylenia dopełniacza, według Marmorka.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI.). Autor stosował metodę Marmorka, (polegającą na tem, że jako dopełniacza używa się surowicy świnki, jako antygenu zaś moczu osobnika badanego), w 213 przypadkach i otrzymał w 133 przypadkach pewnej gruźlicy 131 dodatnich wyników; w 6 przypadkach, gdzie rozpoznanie kliniczne było niepewne, 2 ujemne, a 4 dodatnie wyniki; wreszcie w 74 przypadkach bez gruźlicy, 68 wyników ujemnych; odczyn więc ten tylko w 8 przypadkach na 213 nie zgadzał się z rozpoznaniem klinicznem. Nowaczyński.

Vincent i Combe. **W sprawie rozpoznania zapalenia gruźliczego opon. Strącanie tuberkuliny przez płyn mózgowo-rdzeniowy.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI., grudzień). Autorowie mieszali płyn mózgowo-rdzeniowy z przypadków zapalenia gruźliczego opon z surowicą przeciwgruźliczą Vallée i surowicą Maragliano, lecz nie otrzymali żadnego wyniku; surowica dawała zmętnienie ze wszystkimi płynami mózgowo-rdzeniowymi, oraz z rozczynem fizyologicznym soli i wodą przekroploną. Natomiast otrzymywali autorowie stale strąt (w 21 przyp.), gdy zmieszali płyn mózgowo-rdzeniowy gruźliczy z wyciągiem bakteryi gruźliczych, z tuberkuliną Kocha i z rozczynem tuberkuliny, strąconej alkoholem w 38° lub 55°. Najładniejszy odczyn daje tuberkulina Kocha (1 kropla na 100 kr. płynu mózg. rdz.). Lecz odczyn ten nie jest swoisty; jest on prawie zawsze dodatni w przypadkach kiły mózgu i rdzenia, a nawet w zapaleniu opon nagminnem (2 razy na 14), w durze (1 raz na 2), oraz paratyfusie B. Ujemny odczyn przemawia jednakże przeciw zapaleniu gruźliczemu opon.

Nowaczyński.

A. Calmette i L. Massol. **Warunki otrzymania odczynu odchylenia dopełniacza** (Bordet-Gengou) **z wywoływaczami i niwecznikami gruźliczymi.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI., listopad). Autorowie wykazują, 1) że ilość komplementu związanego jest proporcyonalna do ilości antygenu (wyciąg wodny bakteryi gruźl., zagęszczony w próżni), oraz niwecznika (anticorps) tak, że chcąc upewnić się. czy surowica zawiera niweczniki, należy ją wypróbować w obecności różnych ilości komplementu; 2) gdy ilość niwecznika jest w nadmiarze wobec antygenu, związanie dopełniacza nie nastąpi, — odczyn, który występuje tylko ze surowicami doświadczalnemi, bogatszemi w niweczniki, niż surowice ludzkie, lub zwierząt gruźliczych; 3) należy unikać nadmiaru, choć nadmiar jego jest mniej szkodliwy, niż nadmiar niweczników. Tak więc odczyn Bordet-Gengou pozwala na wykrycie niwecznika gruźliczego w surowicy pod warunkiem, że używa się małych ilości antygenu wobec określonych ilości surowicy badanej, oraz małych, wzrastających ilości dopełniacza.

Nowaczyński.

F. Bezançon i H. de Serbonnes. **Poszukiwanie niweczników gruźliczych.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI., listopad). Autorowie przeprowadzali badanie niweczników gruźliczych metodą wiązania dopełniacza, jakoteż metodą aglutynacyi i precypitacyi; pierwszą robili według wskazówek Nicollea i Pożerskiego, używając ciałek krwi nie rozcieńczonych, oraz surowicy krwi, wziętej od chorego o godz. 10 rano. Za antygen służyła albo tuberkulina Kocha, albo zawiesina prątków gruźliczych ludzkich, otrzymana przez zmieszanie hodowli jałowej i przesączonej w fizyologicznym rozczynie soli; oba te antygeny dawały te same wyniki. Do precypitacyi używali hodowli bakteryi gruźliczych, jałowych, przesączonych przez sączek Berkefelda, do aglutynacyi zaś hodowli bakteryi jednolitej (homogène) Arloinga i Courmonta. Badania przeprowadzali z surowicami 150 chorych, szukając amboceptorów, znaleźli je jednakże tylko w $^2/_3$ ilości przypadków; metoda wiązania dopełniacza nie nadaje się, zdaniem autorów, do badań klinicznych, gdyż daje bardzo często wyniki dodatnie w gruźlicy płuc włóknistej, wyleczonej, a bardzo niestałe w gruźlicy świeżej. Autorowie stwierdzili ciekawy fakt nagłego znikania, to znów pojawiania się istot uczulających w surowicach gruźliczych, wobec czego zapytują się, czy w przebiegu gruźlicy nie występują samoistnie, okresowo fazy ujemne (znikanie istot uczulających), któreby mogły nam wytłómaczyć w pewnej mierze groźne przypadłości, towarzyszące nieraz wstrzykiwaniom tuberkuliny. Związku między odczynem odchylenia dopełniacza, a aglutynacyą i precypitacyą, autorowie nie znaleźli. Nowaczyński.

Fritz Heman. **Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem pantoponu** (Sahli). (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). Pantopon zawiera wszystkie alkaloidy makowca. Przetwór ten sporządziła firma F. Hoffmann-La Roche na żądanie Prof. Sahliego w Bernie. Przez przeprowadzenie w chlorki stają się alkaloidy łatwo rozpuszczalne w wodzie i nadają się do wstrzykiwań podskórnych. Wskazania pantoponu są takie, jak przy morfinie i makowcu. Po operacyach działa pantopon po 10 minutach, a ma tę wyższość nad morfiną, że nie pociąga za sobą opóźnienia w oddawaniu wiatrów. Wewnętrznie stosowano pantopon przy grożącem poronieniu, kolce wątrobnej, bezsenności, wszędzie ze skutkiem o tyle lepszym w porównaniu z innymi lekami, że bez objawów ubocznych. H. W.

Nicolle: **Badania doświadczalne nad durem osutkowym,** wykonane w Zakładzie Pasteura w Tunisie w ciągu r. 1909. (Annal. de l'Inst. Pasteur 1910. Nr 4). Badania Nicolle'a zasługują na uwagę lekarzy naszych, aż nadto często niestety mających sposobność spostrzegać dur osutkowy, ponieważ, jak się zdaje, są one istotnym krokiem naprzód,

zbliżającym nas do wyjaśnienia etyologii, a co za tem idzie, do skuteczniejszego zwalczania tej choroby. Mianowicie dotychczas uchodził dur osutkowy za chorobę, właściwą tylko człowiekowi i nie przenośną na zwierzęta; otóż Nicolleowi powiodło się wywołać ją przez wstrzyknięcie krwi chorego na dur (w 3-cim dniu) u szympansa, a z tego szympansa przenieść na inną małpę (macacus sinicus), z niej zaś znów częścią zapomocą wstrzyknięcia krwi małpy zakażonej, a częścią zapomocą ukłucia przez zakażone wszy — na kilkanaście małp niższorzędnych. Wyniki te dostarczają ścisłego dowodu na poparcie przypuszczeń, że przenośnikami zakażenia są pasorzyty zwierzęce. Przypuszczeniom tym brakło dotąd pewnej podstawy, a przytem wahano się w tych przypuszczeniach, wskazując bądź na pluskwy, bądź na pchły, bądź na wesz ludzką. Rozstrzygnięcie tych wahań daje ważną wskazówkę zapobiegawczą. Z innych wyników badań Nicollea zasługuje na uwagę stwierdzone przez niego obumieranie leukocytów wielojądrzastych neutrofilnych, tem wybitniejsze i rozleglejsze, im zakażenie doświadczalne było silniejsze, co zdaniem N. może być w związku z siedzibą nieznanego jeszcze zarazka duru osutkowego. Nadto podjął N. próby uodpornienia doświadczalnego zwierząt, nie wysnuwa jednak z prób tych jeszcze żadnych stanowczych wniosków. C.

Pedyatrya.

Et. Burnet. **Błonica doświadczalna u szympansów.** (Annales de l'Inst. Pasteur. Nr 2, 1910 r.).

W patologii błonicy zasługują dwa zagadnienia, jako zupełnie jeszcze niewyjaśnione, na szczególną uwagę badaczy. Są to: 1) znaczenie mechanicznych uszkodzeń błon śluzowych przy zakażeniu błoniczem; 2) wpływ drobnoustrojów, towarzyszących bakteryom błonicy, na stopień zjadliwości tych ostatnich. Praca, o której mówimy, jest przyczynkiem do wyświetlenia pierwszego zagadnienia na drodze czysto doświadczalnej. Rozporządzając 9-ma szympansami, autor wykonał na nich 17 szczepień bądź hodowli, bądź nalotów błoniczych, zarówno na uszkodzonej w rozmaity sposób, jak i na nienaruszonej śluzówce jamy ustnej i nosowej. W 11 przypadkach wynik szczepienia był zupełnie ujemny, t. j. nie było objawów ogólnego ani miejscowego zakażenia. Pomimo to bakterye błonicy nie ginęły na miejscu zaszczepienia i nawet po upływie 3 tygodni udawało się autorowi przeszczepiać je z powodzeniem na pożywki; potwierdza to znany fakt, iż najodporniejszy nawet względem danego zakażenia osobnik może być roznosicielem bakteryi.

W 6 przypadkach o wyniku dodatnim nie było również objawów ogólnych, a miejscowo u jednego tylko zwierzęcia, które 6-go dnia po zakażeniu padło (prawdopodobnie wskutek innej przyczyny) były rozległe zmiany na śluzówce; u wszystkich innych natomiast bardzo nieznaczne zmiany swoiste. Uderzającym jest przytem fakt, iż we wszystkich dodatnich przypadkach użyto nalotów, jako materyału do szczepienia; czyste hodowle bakteryi błonicy, bez względu na różnice wieku, zjadliwości itd., nie wywoływały zmian w żadnym przypadku. Rzuca to pewne światło na konieczność współdziałania innych bakteryi przy zakażeniu błoniczem. Uszkodzenie błony śluzowej na miejscu szczepienia bezwątpienia przyczynia się do powstawania zmian swoistych, gdyż tylko w 1-ym przypadku udało się autorowi stwierdzić nalot na nieuszkodzonej śluzówce. Co do okresu wylęgania, trwał on od 2—14 dni; nabytej odporności miejscowej ze strony śluzówki przy kilkakrotnem szczepieniu tego samego zwierzęcia autor nie stwierdzał; wogóle zaś uważa szympansy za nieodporne wprawdzie, jednakże mało wrażliwe względem błonicy. H. Rosenblatówna.

Ch. Dopter. **Surowica przeciwmeningokokowa.** (Annales de l'Inst. Pasteur. Nr 2, 1910 r.).

Autor szczegółowo omawia przygotowanie, własności i stosowanie lecznicze surowicy przeciwmeningokokowej, przytaczając wyniki badań z piśmiennictwa, oraz podaje własne spostrzeżenia, potwierdzające niewątpliwe działanie lecznicze tej surowicy w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Koniecznym warunkiem dla otrzymania dodatnich wyników w postaci: 1) złagodzenia objawów chorobowych; 2) skrócenia czasu trwania choroby i 3) obniżenia odsetki śmiertelności — jest ścisłe stosowanie się do następującej techniki: Surowicę należy wstrzykiwać bezwarunkowo do przewodu mózgowo-rdzeniowego we wszystkich przypadkach, a wyjątkowo, gdy nie udaje się osiągnąć polepszenia, można wprowadzać surowicę bezpośrednio do komór mózgowych (u niemowląt przez ciemiączko, u dorosłych po uprzedniej trepanacyi czaszki). Dawki muszą być duże: 20—45 cm^3, po uprzedniem wypuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w takiej samej ilości; u dzieci, nawet poniżej 1-go roku, 10—30 cm^3, przytem u tych ostatnich wystarcza wypuszczenie 4—5 cm^3 płynu m.-rdz., gdyż objawy zwiększonego ciśnienia mózgowego nie występują u nich tak łatwo, jak u dorosłych. Jednorazowe wstrzyknięcie surowicy wystarcza tylko w przypadkach o najlżejszym przebiegu; we wszystkich innych dawki muszą być powtarzane według jednej z dwu następujących metod: 1) Kolle i Wassermann, Koplik, Emmet Holl i Comby, ponawiają wstrzykiwania surowicy, dopóki napięcie objawów chorobowych nie zaczyna słabnąć, zaś 2) Dünn, Churchill, Lévy, Netter, wstrzykują bez względu na przebieg choroby w ciągu pierwszych 3—4 dni co dzień 20 i więcej centym. surowicy. Autor radzi kierować się przy seroterapii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wynikami badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Np. pomimo, iż objawy kliniczne są łagodniejsze, a płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera dużo ciałek ropnych i nieuszkodzone meningokoki, z których udaje się otrzymać hodowlę; w takim przypadku należy bezwarunkowo powtarzać wstrzykiwania surowicy i odwrotnie: ciepłota może się nie obniżać lub nawet na nowo podnieść, objawy chorobowe (sztywność karku, ból głowy i t. d.) — nawet pogorszyć, mimo to ponowne dawki surowicy nie są wskazane, jeśli płyn m.-rdz. przy badaniu okazuje się jałowy lub najwyżej zawiera martwe meningokoki. Z zestawienia 359 przypadków, leczonych za pomocą surowicy swoistej, okazuje się, iż przy racyonalnem stosowaniu wstrzykiwań śmiertelność wynosiła 8·15%, zaś 27·2% w przypadkach, w których surowicę również wstrzykiwano, lecz w niedostatecznej ilości, względnie nie dość często.

H. Rosenblatówna.

A. Reuss i B. Sperk. **Wpływ usunięcia cukru na objawy podrażnienia jelit przy zaburzeniach w odżywianiu osesków.** (Wien. klin. Woch. Nr 1, 1910 r.).

W jelitach dziecka, chorego na zaburzenie trawienne, zachodzą dwie zasadnicze sprawy: sprawa fermentacyi, wytwarzająca ciała kwaśne i sprawa gnicia, wytwarzająca ciała przeważnie alkaliczne. Fermentacya i gnicie są sprawami wręcz przeciwnemi sobie i, że tak powiemy, zwalczającemi się nawzajem. Ten ich stosunek można wyzyskać w celach leczniczych, podając choremu oseskowi zależnie od wskazań pokarm, ograniczający zbyt silny rozwój jednego z procesów chorobotwórczych. Dla zbadania wpływu usunięcia cukru na przebieg »stadium dyspepticum« Finkelsteina, względnie na nieżyt jelit w sensie Widerhofera, wybrano 10 osesków, cierpiących na tą chorobę. Oseskom podawano mieszanki mleka bez cukru i zawiesiny tłuszczu, sernika bez serwatki w osłodzonej sacharyną herbatce (mieszanka Ringera). Wyniki były pomyślne. Leczenie przez usunięcie cukru wykonywano zwykle w czterech okresach: 1) 24-godzinna dyeta głodowa; 2) odżywianie roczczynem Ringera; 3) po zniknięciu objawów zadrażnienia jelit mieszanka mleka bez cukru; 4) stopniowe przejście do ocukrzonego pokarmu. Co do szkodliwości cukru w pewnych przypadkach, to autorowie tłómaczą to w sposób następujący: 1) Kwaśne przetwory, powstałe wskutek fermentacyi, drażnią zbytnio jelita, uszkadzając komórki wyścielające. 2) Zawartość cukru w papce pokarmowej wpływa na bujanie pew-

nych drobnoustrojów, wytwarzających jady; to zostało stwierdzone na drodze doświadczalnej.

Miecz. Michałowicz.

A. Hecht. **O wytwarzaniu się kwasów w jelitach oseska.** (Wien. klin. Woch. Nr 1, 1910 r.).

Już w 8—9-tym dniu życia stolce noworodków obfitują w lotne kwasy i wykazują kwaśny odczyn. Z tego należy wnosić, że kwasy znajdują się w znacznej części w stanie wolnym w jelitach. Kwas mleczny spotyka się w porównaniu do kwasów lotnych tłuszczowych w małych ilościach. Najczęściej znajduje się kwas octowy; w niektórych przypadkach autor stwierdzał kwas propionowy, masłowy i mrówczany; zastrzega się przytem, że ilość kwasu w stolcu zależy też od warunków wchłaniania w kiszkach; tak np. przy zaparciu stolca ilość zawartych w nim kwasów zmniejszała się znacznie.

Miecz. Michałowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 16. lutego 1910.

Przewodniczący kol. Sterling, sekretarz Sonnenberg.

1. Przeczytano odezwę Towarzystwa neuropatologów i psychiatrów przy uniwersytecie moskiewskim o zamierzonem przez to Towarzystwo uczczeniu 25-letniej naukowej działalności prezesa Towarzystwa, Prof. W. Rota.

2. Zakomunikowano Towarzystwu o przypadającej w d. 27. lutego r. b. rocznicy 25-letniej działalności lekarskiej kol. H. Fidlera, prezesa Tow. lek. radomskiego. Postanowiono uczcić jubilata przez wysłanie telegramu z życzeniami.

3. Przystąpiono do wyboru dwóch zastępców członków sądu przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem. Po dwukrotnie powtórzonem głosowaniu, wybrano kolegów: Pieniążka i Sonnenberga.

4. Kol. Sterling wypowiedział pierwszą część odczytu p. t. **O postępach w dziedzinie lecznictwa chorób płuc i serca.** Jest to pierwszy odczyt z szeregu zapowiedzianych odczytów z dewizą: »Primum, ut proficias«. Na wstępie prelegent zwrócił uwagę, że dewiza »primum, ne noceas« służy często za wygodną wymówkę dla tych, którzy nie idą z postępem lecznictwa. Należy pamiętać o dewizie »primum, ut proficias«, bo to nasz obowiązek. Niestety, terapii uczy się wielu lekarzy z »notatek«, referacików; za mało się pogłębia postępy współczesnej terapii. Stąd płynie bojaźliwe i nieścisłe, więc często bezskuteczne stosowanie nowych metod i leków; stąd płynie uciekanie się do nowych metod »in extremis« chorego; stąd też płyną zbyt wielkie wymagania od nowych metod i zbyt szybkie rozczarowanie. Najszkodliwsi dla postępu są koledzy-sceptycy, którzy pozorują krytycyzm (oparty na wiedzy) — sceptycyzmem (opartym na przeczuciu; są to koledzy, którzy »wierzą« w jeden środek, w inny — »nie wierzą«).

Przechodząc do właściwego tematu, prelegent mówi przedewszystkiem o tuberkulinie.

Niepowodzenia pierwszej ery tuberkulinowej były w stopniu znacznym konsekwencyą fałszywego postawienia sprawy, już teoretycznie; nie odróżniano odporności biernej od — czynnej. Wprowadzano do ustroju tuberkulinę jako lek już gotowy; tymczasem tuberkulina jest tylko bodźcem, który pobudza ustrój do wytwarzania leku (ciał ochronnych). Tuberkulina uodparnia czynnie; ustrój wyniszczony nie nadaje się do tego. Sanatoryjne leczenie dopełnia tuberkulinę, jakkolwiek często bez niej wystarcza.

Różne postacie tuberkuliny. Teorye jej działania; nowe prace, wykazujące, że w działaniu tuberkulin grają rolę nietylko toksyny, ale też lizyny (związki chemiczne, rozpuszczające ciałka bakteryjne).

Osobiste doświadczenie prelegenta, oparte na stosowaniu tuberkuliny od października r. 1907, zniewala go do oświadczenia się za tuberkuliną, jako środkiem bezwarunkowo pożytecznym przy leczeniu gruźlicy. Nawołując do stosowania tuberkuliny, przestrzega mowca przed nią tych, którzy sprawy nie znają teoretycznie i nie mają możności praktycznego poznania w szpitalu. Ci sprawie zaszkodzą, zarazem zaś i sami doznają rozczarowań.

Dalej mówił prelegent o sztucznej odmie piersiowej i o wywołaniu zapadnięcia płuc przez zewnątrzopłucną resekcyę żeber — jako o metodach chirurgicznego leczenia daleko posuniętych, ale ograniczonych do jednej strony, zmian gruźliczych w płucach. Obie te metody powstały dzięki dokładnemu wyśledzeniu i zbadaniu jednej z dróg, jaką ustrój czasem wiedzie do samowyleczenia gruźlicy. Czasem — mianowicie — ucisk płuca przez odmę (niezakażoną), częściej — przez wysięk surowiczy stanowi o poprawie, a nawet wyleczeniu gruźlicy. Ucisk na płuco wyciska zeń zawartość ropną, jamy się zapadają, zastój w drogach limfatycznych wiedzie do rozrostu tkanki łącznej. Sztuczna odma (wprowadzanie gazu, n. p. azotu, do opłucnej) działa w ten właśnie sposób; gdzie istnieją zrosty opłucne, gazu wprowadzić nie można; tam stosują resekcyę żeber i wywołują zapadnięcie się klatki. Ponieważ obie metody stworzono w przypadkach daleko posuniętych, często beznadziejnych, otrzymane wyniki należy uważać za bardzo poważny postęp leczniczy. Opis metod.

Wreszcie mówił prelegent o leczeniu dychawicy nerwowej. Widywał poprawę po adrenalinie, którą u dwu chorych stosował podskórnie. (Streszczenie własne).

5. Dyskusya: Kol. Brudziński zwraca uwagę na to, że stosowanie tuberkuliny wymaga pewnego doświadczenia w tym kierunku ze strony lekarza. Przystępowanie do wstrzykiwań tuberkuliny bez uprzedniego i należytego przygotowania się może przynieść szkodę choremu. Kol. B. omawia dwa przypadki, spostrzegane w szpitalu Anny Maryi, w których stosowana była przez kol. Rozenblatównę tuberkulina. — Kol. Przedborski podaje, że stosował tuberkulinę w szpitalu Poznańskich w r. 1891. Kol. P. pyta się, czy obecnie również przy wstrzykiwaniach tuberkuliny, jak i przy stosowaniu pierwszej tuberkuliny, powstają nowe ogniska gruźlicze? Kol. P. wspomina o stosowaniu bronchoskopii wraz z adrenaliną i kokainą przy dychawicy oskrzelowej. — Kol. Pieniążek również mówi o stosowaniu bronchoskopii przy dychawicy oskrzelowej. — Kol. Trenkner mówi o technice stosowania tuberkuliny, podnosi trudności stosowania jej w praktyce prywatnej i gorąco zaleca stosowanie tuberkuliny w praktyce fabrycznej. — Kol. Perlis wspomina o zabiegach chirurgicznych przy gruźlicy płuc i zapytuje prelegenta, czy ze względu na to, że ucisk płuca przez wysięk w opłucnej często wiedzie do poprawy stanu płuc, należy wysięk usuwać, jeżeli zapalenie opłucnej powstało, jako powikłanie gruźlicy płuc. — Kol. Helman prosi prelegenta o bliższe określenie stopnia sprawy chorobowej płuc, kiedy należy stosować tuberkulinę i zapytuje, czy prelegent stosuje drogi i tajemniczy aparat Tuckera. — Prócz powyższych kolegów udział w dyskusyi wziął kol. Handelsman.

Prelegent odpowiada: Aparat Tuckera przestał być drogim i tajemniczym; nieraz bywa skuteczny. Metoda znieczulania adrenaliną błony śluzowej oskrzeli nic nie ma wspólnego ze stosowaniem tego środka podskórnie. Tuberkulina mogłaby być tematem szeregu wykładów, mowca nie wyczerpał więc wcale tematu w dzisiejszem przemówieniu. Naturalnie, że do leczenia tuberkuliną, za mało jest jeszcze: kupić sobie strzykawkę. W zakończeniu prosi kolegów, żeby swoją »wiarę«, czy »niewiarę«, starali się oprzeć na znajomości metody i jej wyników.

E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z 19. marca 1910 r.

Obecnych 15 członków.

I. Kol. Marczewski przedstawił chorego **po operacyi Panasa.** Choremu przed 9 laty poszarpał pręt żelazny obydwie powieki lewego oka. Badanie, dokonane przez kol. M. po raz pierwszy po upływie roku, wykazało: powieka górna zwisa w postaci płachty, przykrywającej zniekształtnioną powiekę dolną, kąt wewnętrzny przesunięty znacznie na zewnątrz i ku dołowi, szpara oczna długości 1 ctm z dnem ze sfałdowanej ropiejącej spojówki. Kol. M. operował chorego trzykrotnie. Pierwsza operacya miała na celu przywrócenie szpary ocznej i prawidłowego ułożenia spojówki. Po upływie trzech tygodni wykonano plastykę dolnej powieki. Połowę powieki utworzono ze skóry twarzy. Trzecia operacya miała na celu przywrócenie możności unoszenia górnej powieki. Za najodpowiedniejszą w tym celu uznano operacyę Panasa, wykonano ją jednak nie typowo. U przedstawionego chorego przy zmarszczeniu czoła jednocześnie z unoszeniem brwi unosi się i górna powieka, przyczem otwarcie szpary ocznej wynosi 1 ctm.

II. Kol. Biegański przedstawił chorą **z twardzielą nosa** (rhinoscleroma). Chora, lat 28, zauważyła już przed 3 laty zatykanie się nosa i ciągły wypływ śluzu, bez żadnego bolu. Na przymiot nie chorowała. Mąż i dzieci zdrowi. Badanie wykazuje rozszerzenie skrzydeł nosa i prawie zupełne zatkanie otworów z obu stron guzowatościami, wyrastającemi z bocznych ścian. W jamie gardłowej zwraca uwagę suchość łuków podniebiennych i tylnej ściany. Języczka nie widać, w tem miejscu jak gdyby zagłębienie. Oddech swobodny, krtań nie zajęta. Prelegent omawia przebieg kliniczny i patogenezę tej choroby. Hebra opisał ją pierwszy w roku 1870. Początkowo uważano twardziel za sprawę nowotworową, dopiero około roku 1885 wykryto swoiste drobnoustroje. Choroba ma przebieg przewlekły i, jak wykazuje doświadczenie dotychczasowe, jest nieuleczalna.

W dyskusyi zwraca kol. Batawia uwagę na trudności rozpoznawcze w razie zajęcia gardła, krtani lub tchawicy. Łatwo wówczas rozpoznawać raka lub przymiot. Wobec różnej siedziby, chorobę tę lepiej nazywać tylko twardzielą (scleroma). Wbrew twierdzeniu prelegenta, w chorobie tej spostrzegano owrzodzenia, które pozostawiają blizny, bardzo podobne do blizn przymiotowych. — Kol. Łokczewski, powołując się na prace Rydygiera, mówi o skuteczności promieni Röntgena. — Kol. Wrześniowski dowodzi, że naświetlanie może być korzystne tylko przy bardzo powierzchownem usadowieniu się twardzieli.

II. Kol. Rozenfeld opisał przypadek **nagłej śmierci po błonicy.** Dziecko roczne z objawami krzywicy zapadło na błonicę gardła. Na trzeci dzień po wstrzyknięciu swoistej surowicy naloty oddzieliły się, gorączka ustąpiła zupełnie, dziecko uważano za wyleczone. Po upływie tygodnia od początku choroby dziecko to zmarło nagle przy objawach porażenia serca. W końcu omawia R. piśmiennictwo tej sprawy i podaje, że przyczyną nagłej śmierci po błonicy jest zwyrodnienie mięśnia i zwojów nerwowych serca.

W dyskusyi przypomina kol. Rudzki 2 analogiczne przypadki z własnej praktyki. — Kol. Batawia i Biegański mówią o porażeniu nerwu błędnego, oraz zwracają uwagę na konieczność przetrzymywania chorych na błonicę przez czas dłuższy w łóżku. Szybkie i niemiarowe tętno stanowi ważną wskazówkę ostrzegawczą. — Kol. Biegański mówi o nagłej śmierci w innych chorobach zakaźnych. — Kol. E. Kohn opisuje przypadek nagłej śmierci z powodu kurczu głośni. — Kol. Brzeziński przypomina poglądy dawnych autorów na rolę grasicy (mors thymica).

IV. Kol. Rozenfeld wypowiedział pierwszą część odczytu: **O samozatruciach.** — Na wstępie podał R. ogólną charakterystykę i podział autointoksykacyi, poczem przeszedł do właściwego tematu, mianowicie do samozatrucia kiszkowego. W tym celu omówił szczegółowo rolę soków i fermentów ustroju w przeróbce istot białkowych, oraz udział drobnoustrojów w tej sprawie. Opisał różne gatunki flory bakteryjnej kiszek, niejednakowe rozmieszczenie jej w różnych odcinkach przewodu pokarmowego, oraz wzajemne ustosunkowanie bakteryi, rozszczepiających cukier i białko. Z kwasów mono- i diaminowych powstają pod wpływem beztlenowców związki aromatyczne i tłuszczowe (ptomainy); ptomainy mają działanie nadzwyczaj trujące. W dalszym ciągu omówił prelegent urządzenia obronne ustroju, mające na celu zobojętnienie lub zniszczenie istot trujących. W końcu podał najważniejsze przyczyny samozatrucia. Dr Karol Rozenfeld.

Wrażenia chirurgiczne z klinik berlińskich.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki,
sek. szpit. w Samborze.

(Ciąg dalszy).

Przy przygotowaniu chorego do operacyi zwraca się uwagę, by go nie oziębiać, a zwłaszcza po obmyciu należy go dobrze osuszyć, również po skończonej operacyi przenoszą chorego do ogrzanego łóżka i dają ciepłą bieliznę. W ten sposób najlepiej zapobiega się pooperacyjnym zapaleniom płuc.

Do podwiązek i do szycia otrzewnej, tkanki mięsnej i podskórnej używają wyłącznie katgutu, do szycia jelit i skóry jedwabiu, zresztą żadnego innego materyału, naturalnie z wyjątkiem szwu kostnego.

Materyału operacyjnego na obu klinikach jest poddostatkiem, co przypisuję nietyle może wielkiej ilości mieszkańców i napływowi cudzoziemców, ile zadziwiającej wprost gotowości chorych do poddawania się operacyi. Niejednokrotnie miałem sposobność przekonać się, że na klinikę chirurgiczną zgłaszali się chorzy ze zwykłym nieżytem jelit z gotowem rozpoznaniem (naturalnie swojem i swych domowników) zapalenia wyrostka robaczkowego i domagali się natarczywie operacyi tak, iż z trudnością można im było to wytłómaczyć. Tej gotowości chorych przypisać należy dobre wyniki operacyjne, operuje się ich bowiem wcześnie, w znacznie korzystniejszych warunkach.

Nie spotkałem nigdzie popisu szybkiego operowania; — przeciwnie operują nawet dość wolno, zwracając wiele uwagi na troskliwe i sumienne tamowanie krwawienia. Posługują się wszyscy chirurdzy ile możności bardzo małem cięciem, zwłaszcza przy operacyach brzusznych. Zadziwiająco małe cięcie zakładają do wycięcia wyrostka robaczkowego, — sądzę jednak, — że takie cięcia może są za ryzykowne z uwagi na możliwe przebicie ropnia przy wypreparowywaniu wyrostka z pośród zrostów.

Stosunkowo najwięcej widziałem operacyi wyrostka robaczkowego, jednego dnia raz 3. Operują zaraz z chwilą rozpoznania, najchętniej jednak w pierwszej dobie; te operacye dają najlepsze wyniki. Równie chętnie operują w czasie wolnym od napadu; przy ropniu ograniczają się tylko do nacięcia i zdrenowania. Najczęstsze cięcie sposobem Mac Burneya, — rzadko pararektalne. Zaopatrują wyrostek rozmaicie; najszybciej załatwia się z nim Klapp z kliniki Biera: po podwiązaniu zakłada na kątnicę trzy szwy lambertowskie, przez co wyrostek sam wpukla się do kątnicy; u Hildebranda przed podwiązaniem i odcięciem wyrostka zakładają okrężny szew kapciuchowy, po ściągnięciu szwu kikut zagłębia się sam i nad nim na kątnicę zakładają jeszcze 2—3 szwy lambertowskie dla pewności. Kiedy właściwie należy przystąpić do operacyi, czy w czasie ostrego napadu, czy czekać, aż gwałtowne objawy miną, — to py-

tanie, które ciągle wyczekuje jeszcze odpowiedzi. Zapatrywania wybitnych chirurgów są tak różne, że dużo jeszcze — zdaje się — upłynie czasu, zanim będziemy mieli pewne wskazania. Na jedno się godzą, że operacye w kilka godzin po stwierdzeniu napadu i w czasie wolnym od napadu w kilka tygodni po ostrym — dają najlepsze wyniki. Zresztą zapalenie wyrostka robaczkowego przebiega z tak różnymi objawami i nasileniami, że w wielu przypadkach decyzya co do operacyi zależeć będzie właśnie od gwałtowności i nasilenia tych objawów.

Z uczuciem dumy i zadowolenia słyszy się często nazwiska naszych chirurgów Rydygiera i Kadera na obu klinikach. Widziałem kilka gastroenterostomii u Hildebranda, wszystkie z powodu wrzodu w okolicy odźwiernika i następowego zwężenia i wszystkie wykonano sposobem Hackera »gastroenterostomia retrocolica posterior«. Prócz gastroenterostomii poleca Hildebrand w przypadkach wrzodu wycięcie tegoż i zeszycie; w razie pozostawienia go obawia się krwotoków, względnie następowego raka. Przy metodzie Hackera nie zdarza się »circulos vitiosus«, ani też tak dawniej częste zaparcie stolca skutkiem ucisku jelita na okrężnicę poprzeczną. Cięcie na żołądku biegnie skośnie od góry i strony lewej ku dołowi i stronie prawej, wskutek tego pętla doprowadzająca przychodzi nieco wyżej, niż odprowadzająca. Dla zupełnej pewności zakładają jeden szew węzełkowy, łączący żołądek i pętlę doprowadzającą, która w ten sposób zagina się znacznie ku dołowi. Sciana anastomozy tak dolna, jak i górna, składa się z 3 rzędów szwów ciągłych: szwu surowiczego (Lamberta), szwu surowiczo-mięśniowego (Czernego) i z szwu błony śluzowej. Mają tyle zaufania do takiej anastomozy, że chory zaraz po operacyi dostaje pokarmy płynne. Fakt ten mogę potwierdzić, gdyż właśnie przed 30. dniami tym właśnie sposobem Hackera robiłem gastroenterostomię skutkiem zwężenia odźwiernika po wrzodzie w naszym szpitalu. Chory od pierwszej chwili po operacyi dostawał płyny łyżkami i ani razu nie miał wymiotów, które dawniej przez 3 lata, jak podał, występowały po każdem jedzeniu.

Z resekcyą jelita załatwiają się w ten sposób, iż po zaszyciu obu odcinków na ślepo łączą je ze sobą bocznie: »side-to-side«. W ten sposób unika się zwężenia światła jelita, co przy łączeniu »end to-end« często się przytrafia. Wykonanie takiej resekcyi przemawia mi tak do przekonania, że uważam za właściwe dokładnie ją opisać, zwłaszcza, że opisu takiego nie spotkałem w żadnym dostępnym mi podręczniku, Po wyjęciu pętli, którą się ma resekować, podwiązują naczynia sieci, rozpoczynając i kończąc tuż przy krezkowej części pętli. Podwiązana sieć wraz z pętlą, którą się ma wyciąć, przedstawia trójkąt. Podwiązek nie obcina się, bo po ukończeniu anastomozy powiązanie ich wzajemne zastępuje szew sieci. Blizko pierwszej podwiązki przy samej pętli i równolegle do niej nacina się nożyczkami sieć na 3 cm mniej więcej i przez ten otwór przeciąga się pasek gazy wyjałowionej, na zewnątrz zaś od podwiązki na jelicie, które ma pozostać, w odległości 1 cm od miejsca, którędy ma pójść przecięcie jelita, zakłada się szew kapciuchowy wokoło, nie ściągając. Następnie między miejscem przecięcia, a szwem kapciuchowym należy założyć bardzo silnie zaciskadło (klemmę), usunąć je i w tem miejscu podwiązać — przesunąć zaciskadło o $^1/_2$ cm dalej na pętli, którą się ma odciąć i przeciąć między tą podwiązką, a zaciskadłem. Zrównać wysterczającą błonę śluzową. Asystent ściąga szew kapciuchowy, a operator równocześnie zagłębia podwiązaną część jelita do jego światła. Założyć jeszcze jeden szew kapciuchowy, nad nim dla pewności dać dwa lub trzy szwy lambertowskie węzełkowe. Ten sam proceder powtórzyć z drugiej strony, przeciąć sieć i usunąć część resekowaną pętli jelitowej. Przy zachowaniu tych ostrożności ani kropla treści jelitowej nie dostanie się do jamy brzusznej. Kikuty jelita ułożyć do anastomozy bocznej tak, jak się same najlepiej układają. Ująć je w zaciskadła po poprzedniem opróżnieniu i ułożyć równolegle do siebie; w środek włożyć pasek gazy wyjałowionej. Dwoma szwami węzełkowymi w odległości 10 cm jeden od drugiego zaznacza się anastomozę, nitki tych szwów umocować zaciskadłami. Od jednego z tych szwów rozpoczyna się ciągły szew lambertowski aż do drugiego. Następnie przecina się około $^1/_2$ cm ponad tym pierwszym rzędem szwu ciągłego błonę surowiczą i mięsną obu odcinków jelita; cięcie musi być w środku odległości pomiędzy szwem węzełkowym pierwszym a drugim i mieć 5 cm długości. Oba przecięte płaty surowiczo-mięsne spaja się drugim rzędem szwu ciągłego (Czernego) — a dopiero potem przecina się błonę śluzową obu odcinków jelita również na długości 5 cm. Przecięte błony śluzowe same się obecnie dokładnie układają; założyć na nie należy 3-ci rząd szwu ciągłego. W ten sposób dolna ściana anastomozy jest ukończona. Ze szwu błony śluzowej dolnej ściany anastomozy przechodzi się w szew ciągły błony śluzowej na górnej ścianie, ale należy szyć nie przez całą grubość błony śluzowej, tylko chwytać błonę podśluzową, przez co błona śluzowa górna sama wpukla się do światła jelit. Z kolei drugi rząd szwu Czernego, a wreszcie 3-ci rząd szwu Lamberta; ten ostatni musi być tak długi jak I. rząd szwu na dolnej ścianie anastomozy — a więc 10 cm. Dla pewności daje się w kątach anastomozy 2 lub 3 szwy lambertowskie, a kikuty łączy się szwem węzełkowym, by przylegały do siebie.

U Biera widziałem jedną gastrostomię w znieczuleniu miejscowem, wykonaną sposobem Witzla, do której wskazanie dał tętniak łuku aorty. Klapp robił resekcyę odźwiernika z powodu raka, przyczem żołądek i dwunastnicę zaszył na głucho, a do tylnej ściany żołądka wszył pętlę jelitową.

Operacyi na pęcherzyku żółciowym, robionych z powodu kamieni żółciowych, widziałem dwie. W jednej nacięto pęcherzyk żółciowy i założono przetokę (cholecystostomia), w drugiej zaś wycięto pęcherzyk i zdrenowano przewód żółciowy wspólny. W obu razach cięcie biegło w srodku mięśnia prostego od łuku żebrowego do pępka. Przy pęcherzyku małym i pomarszczonym nie radzą zakładać przetoki, tylko wycinają; również całkowite zaszycie pęcherzyka uważają za niebezpieczne.

Doszczętna operacya przepukliny pachwinowej odbywa się sposobem Bassiniego w ten sposób, że powrózek nasienny przemieszcza się ponad mięsień skośny wewnętrzny, a nad nim zeszywa się rozcięgno mięśnia skośnego zewnętrznego.

Rak odbytnicy, jeśli leży wysoko, operują u Biera dwuczasowo: najpierw przez laparatomię przecina się pętlę esowatą powyżej nowotworu, zaszywa się tak ją, jak i odbytnicę na głucho i zakłada się na okrężnicy zstępującej sztuczny odbyt. Dopiero 14. dnia resekuje się część kości krzyżowej i wyłuszcza całą odbytnicę wraz z nowotworem.

Widziałem u Biera kilka całkowitych wyłuszczeń gruczołu krokowego śródpęcherzowo sposobem amerykańskich chirurgów Mc Gilla i Fullera. Nieduże cięcie poprzeczne ponad spojeniem łonowem otwiera pęcherz dla dwu palców, następnie przecina się błonę śluzową pęcherza w okolicy ujścia wewnętrznego cewki moczowej od strony zewnętrznej cięciem łukowatem aż do torebki sterczu tyle tylko, by palec mógł wejść do tej torebki i z niej wyłuszcza się jeden płat gruczołu; tak samo z drugiej strony. Przy wyłuszczaniu poświęcić się musi część cewki moczowej w obrębie sterczu, co jednak nie przynosi szkody operowanemu, gdyż część błoniasta cewki obejmuje potem czynność zwieracza. Rana w pęcherzu pozostaje otwarta; opatruje się ją przeciwgnilnie, do cewki nie zakłada się wcale cewnika. Pęcherz należy często przepłukiwać od góry i dołu; chory zwykle na 5., 6. dzień oddaje część moczu drogą naturalną.

Przy wyłuszczaniu nerki (widziałem cztery operacye z powodu gruźlicy) przecinają najpierw nerkę cięciem sekcyjnem dla potwierdzenia rozpoznania, przyczem asystent uciska naczynia nerki, poczem zakładają zaciskadło na na-

czynia i moczowód i przecinają. Osobno podwiązują każde naczynie, prócz tego zakłada się podwiązkę »en masse«. Moczowodu nie wyłuszcza się, tylko zakłada się podwiązkę. Widziałem u Biera dwie laminektomie, jedną z powodu nowotworu w okolicy kręgu piersiowego trzeciego, drugą u dziewczynki z powodu choroby Littlego. Cięcie szło ponad wyrostkiem kolczystym; na ostro oddzielono mięśnie, nożyczkami Horsleya odcięto wyrostki kolczyste, a dalej nożycami Lüera poodcinano łuki kręgów z obu stron. Klapp, który właśnie operował, jest tego zdania, że oddzielanie podokostne mięśni od wyrostków kolczystych nie wiedzie do celu i nie jest konieczne. W drugim przypadku wyciął 1 cm nerwów czuciowych korzeni tylnych w zakresie 5. kręgu lędźwiowego.

Operacya wola odbywa się bardzo powoli, bo całą uwagę zwraca się na krwawienie, ile możności przecinają naczynia między dwoma szczypczykami Peana. Węzinę gruczołu (isthmus) podwiązują »en masse« i kikut nadto zeszywają. Cięcie prawie zawsze Kochera (Kragenschnitt).

Krtań wycina się u Hildebranda sposobem Glucka jednoczasowo w znieczuleniu miejscowem.

Przy operacyach na klatce piersiowej z otwarciem jamy opłucnej posługują się u Biera przyrządem Braatza o zwiększonem ciśnieniu (Überdruckapparat); ciśnienie powietrza w tym przyrządzie można dowolnie w miarę potrzeby zwiększać lub zmniejszać; powietrze o zwiększonem ciśnieniu doprowadza się przez usta operowanego przy równoczesnem uśpieniu. Z pomocą tego przyrządu widziałem wykonaną operacyę raka sutka, gdzie również kilka żeber było zajętych przez nowotwór. Klapp bez względu na wielkość nowotworu sutka posługuje się stale od dłuższego czasu cięciem w kształcie kwadratu, t. zn. prowadzi jedno cięcie przez całą długość mostka, następnie dodaje do niego u góry i dołu dwa cięcia prostopadłe, które się schodzą w linii pachowej i stąd przedłuża cięcie aż na ramię do rowka wewnętrznego m. dwugłowego (sulcus bicipitalis internus). Klapp jest bowiem tego zdania, że najczęstszą przyczyną nawrotu jest właśnie za małe wycięcie skóry; nie tyle gruczoły ile ona jest najczęściej przyczyną nawrotu. Jeśli nie udaje się zaraz pokryć cały ubytek drugim sutkiem, to Klapp pozostawia niezeszytą część do wytworzenia się ziarniny, którą następnie ewentualnie pokrywa metodą Tierscha.

Bier w świeżych przypadkach przetok po ropniaku opłucnym używa baniek ssących. Do przetoki wkłada miękki cewnik umocowany w dużym płacie gutaperchy, którą przylepia się do klatki piersiowej i zapomocą pompki wyciąga się ropę. W świeżych przypadkach może to czasem prowadzić do celu; w zastarzałych posługuje się Bier torakoplastyką sposobem Schedego.

W bardzo ciekawy sposób operuje Klapp zwichnięcie nawykowe barku. Wychodząc z założenia, że przyczyną nawykowego zwichnięcia jest obszerna torebka stawowa, stara się ją zmniejszyć. Po odprowadzeniu zwichnięcia w uśpieniu robi cięcie jak do resekcyi barku wzdłuż mięśnia naramiennego w dół, odsłania torebkę na większej przestrzeni i podczas, gdy asystent unosi kończynę ku górze, by znieść napięcie, zakłada Klapp 3—4 szwy na torebkę z cieńkiego jedwabiu poprzecznie do przebiegu włókien torebki. W kilku miejscach należy wkłuć i wykłuć igłę tak, że przy zawiązaniu nitki torebka marszczy się i w ten sposób zmniejsza. Po zaszyciu mięśnia i skóry zakłada Klapp opatrunek gipsowy na 3 tygodnie, w ten sposób, że kończyna ma być odwiedziona i ku górze — słowem w tem położeniu, jak ją trzymał asystent podczas operacyi. Klapp bardzo zachwala ten sposób operowania.

W podobny sposób zmniejsza Klapp wodniaka moszny t. zn. na osłonkę wspólną na wewnętrznej stronie worka zakłada kilka takich samych szwów marszczących dookoła jądra, chwytając tylko błonę surowiczą.

Bardzo zajął mnie sposób postępowania przy stawie rzekomym po złamaniu ramienia, stosowany na klinice Hildebranda. Mimo dwukrotnego odświeżania odłamków i zakładania szwów kostnych nie można było uzyskać zrośnięcia się odłamków. Wobec tego, po ponownem odświeżeniu odłamków wycięto sztabkę kostną z kości piszczelowej i wbito ją w odłamek dośrodkowy i odśrodkowy kości ramieniowej; a prócz tego założono dwa szwy boczne na odłamki. Z powodu krótkości mego pobytu nie mogłem przekonać się o skuteczności tego sposobu operowania stawów rzekomych po złamaniach.

Klapp przedstawiał swych dwu chorych po artroplastyce, jednego po artroplastyce w stawie łokciowym, a drugiego w stawie kolanowym. Czynne ruchy w obu stawach były prawie prawidłowe. W stawie kolanowym powierzchnie nadkłykciów (epicondylus) zwykle nie są wciągnięte w sprawę zapalną i pozostają wolne, dlatego mogą być użyte jako powierzchnie stawowe. W tym celu w uśpieniu zgina się kolano i zakłada na dni 14 opatrunek ustalający. Po 14 dniach wycina się klin z uda i ustala kończynę w wyprostowaniu na dni 21. Przez wycięcie tego klina powierzchnie stawowe nadkłykciów przechodzą w położenie czołowe i pełnią zastępczo czynność stawu właściwego.

Na wielką skalę leczą obecnie u Biera naczyniaki sposobem podanym przez Amerykanów; mają w leczeniu około 120 przypadków, z których około połowę widziałem i miałem sposobność przekonać się o skuteczności tej metody. Zgęszczony kwas węglowy przepuszcza się przez odpowiednią maszynkę, wyścieloną wewnątrz białą gazą, złożoną kilkakrotnie. Kwas węglowy osiada w postaci szronu na gazie, z której następnie wycina się kawałeczki, odpowiednie do wielkości naczyniaka. Te kawałeczki gazy przykłada się na naczyniak i przytrzymuje przez 10 sekund (osiągnąć można ciepłotę 60° R. niżej zera; dłużej nie wolno przytrzymywać, boby nastąpiło odmrożenie 3-go stopnia). Proceder ten powtarza się w 8—10 dniowych przerwach, aż do skutku. Działanie to da się wytłumaczyć tem, że przy takiem zamrożeniu powstają zakrzepy w naczyniach powierzchownych skóry i w następstwie zanik naczyń. Sposób ten jednak można stosować tylko przy naczyniakach zwykłych, przy jamistych zaś nie. Przy naczyniakach jamistych łączą często powyższą metodę z wstrzykiwaniami 5 cm 10% wyskoku dwa razy tygodniowo.

Klapp wspomina o jednym przypadku wyleczenia guzów krwawniczych tą metodą. Po rozciągnięciu zwieracza odbytu w uśpieniu obwija się guzy w gazę z kwasem węglowym na 10 sekund.

Odmiennie operują u Biera zastrzały pochewek ścięgnistych (panaritia) względnie kości sposobem, podanym przez Klappa. Zadaniem tego sposobu jest zapobiedz zesztywnieniom względnie przykurczeniom palców, tak częstym po przecięciach. Klapp nacina po wewnętrznej i zewnętrznej stronie ścięgna, uważając, by cięcie nie przechodziło w całej długości przez odpowiedni staw, tylko na każdym członku palca prowadzi osobne cięcia. Zwykle więc zakłada w miarę rozciągłości ropienia kilka cięć na palcu. Cięcie na każdym członku sięga tylko do stawu dlatego, by nie przeciąć więzadeł krzyżowych (lig. cruciat.), które utrzymują ścięgna głębokiego zginacza palców w prawidłowem położeniu. Przez przecięcie więzadeł krzyżowych ścięgno zginacza głębokiego wyskakuje z pochewki i ulega zropieniu, a następstwem tego bywa przykurczenie palca. W ostatnich czasach podał Kofmann z Odessy[1]) swój sposób operowania zastrzałów, który różni się tylko w nacinaniu pierwszego członka palca od sposobu Klappa; mianowicie posługuje się Kofman cięciem półksiężycowem, aż do kości, zresztą na innych członkach operuje tak samo, jak Klapp. Zaletą sposobu Kofmana ma być zachowanie czucia w opuszce.

(Dok. nast.).

---

[1]) Med. Klinik. Nr 44. 30. X. 1909.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia rozpoczęła nowe trzechlecie posiedzeniem konstytuującem w d. 21. V. b. r. Członkiem Rady mianowany został Prof. Dr Gluziński ze Lwowa na miejsce ś. p. Dra Czyżewicza, zresztą skład Rady pozostał niezmieniony: z Krakowa zasiada w Radzie Prof. Dr Browicz, ze Lwowa: Dr Festenburg, profesorowie Gluziński, Kucera, Mars i Schramm, kraj. referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz. Delegatami Wydziału krajowego są Dr Mazurkiewicz i Dr Müller; delegatami Izb lekarskich Dr Dietzius i Dr Piaskiewicz. Prezesem Rady wybrano ponownie Dra Festenburga. Na posiedzeniu w d. 21. V. wydano opinię w sprawie obsadzenia posady profesora szkoły położnych we Lwowie i uchwalono przedstawienie w sprawie pomnożenia personalu w obu rządowych stacyach bakteryologicznych, we Lwowie i w Krakowie. R.

Nadzwyczajny Wiec Izb lekarskich austryackich wraz z nadzwyczajnym Zjazdem delegatów wszystkich organizacyi lekarskich z całej Austryi odbędzie się w tych dniach w Wiedniu. Jedynym przedmiotem obrad Wiecu i Zjazdu będzie sprawa ubezpieczenia społecznego. R.

W sprawie organizacyi powzięły obie Izby lekarskie galicyjskie na wspólnem posiedzeniu Wydziałów we Lwowie w d. 24. IV. b. r. uchwały następujące:

»Organizacya lekarzy w naszym kraju powinna być zupełnie niezależna od organizacyi w innych krajach państwa, z państwowym Związkiem lekarzy współdziałać jedynie w poszczególnych sprawach, odnoszących się do lekarzy w całem państwie, z zastrzeżeniem jak najszerszej autonomii. Organizacya powinna być jedna na całą Galicyę i działać w porozumieniu z Izbami. Jest pożądanem, aby Walne Zgromadzenie krajowego Związku lekarzy zastanowiło się nad zmianą statutu co do siedziby Związku. Organizacya powinna ogarnąć wszystkich lekarzy kraju i w tym celu wkładka powinna być możliwie jak najmniejsza. Regulowanie stosunku lekarzy do kas chorych i innych instytucyi jest tylko jednem z zadań organizacyi, która nadto ma się zająć wszystkiemi sprawami, obchodzącemi ogół lekarzy, lub poszczególne ich grupy zawodowe. Pożądane jest odgraniczenie zakresu działania różnych korporacyi lekarskich w sprawach humanitarnych od działania w sprawach zawodowych, a zarazem ujednostajnienie działalności humanitarnej«. — Wreszcie aprobując tekst deklaracyi przystąpienia do organizacyi (t. j. do Związku krajowego lekarzy), uchwalono, że należałoby do niej jeszcze dodać rygor »napiętnowania w pismach publicznych«.

W ten sposób Wydziały obu Izb uznały za słuszne zasady, jakiemi kieruje się kraiowy Związek lekarzy i udzieliły temu Związkowi w pracy organizacyjnej swego zupełnego moralnego poparcia. Doniosły ten fakt z wielką radością przyjmie ogół lekarzy w kraju, odczuwający coraz żywiej konieczność organizacyi i dający temu coraz głośniejszy wyraz zarówno na coraz to częstszych zebraniach zawodowych, jak i coraz szybszem i liczniejszem przystępowaniem do Związku krajowego. Obecnie można już być pewnym, że Związek zjednoczy rychło nas wszystkich w jeden potężny, solidarny hufiec.

Na temże wspólnem posiedzeniu obu Izb, w którem uczestniczyli z Izby wschodnio-galicyjskiej Drowie Festenburg, Kohlberger, Kwiatkiewicz, Mikołajski, Pappée i Pelczar, z zachodnio-galicyjskiej Drowie Akerman, Prof. Ciechanowski, Damski, Landau, Schöngut, jako delegaci Związku krajowego Drowie Prof. Wicherkiewicz, Prof. Dobrowolski i Weinsberg, a jako komisarz rządowy r. dw. Dr Merunowicz, — uchwalono myśl założenia własnego pisma, jako organu Izb i Związku, przekazać do załatwienia Wydziałom obu Izb.

Wreszcie rozpatrywano sprawę ubezpieczenia społecznego, przyczem w dyskusyi, jako dyrektywę dla przedstawicieli Izb w Wydziale wykonawczym Izb austr. i na Wiecu Izb, podniesiono: granicę obowiązku ubezpieczenia 2400 kor., zwalczanie uchwał komisyi parlamentarnej, znoszących faktycznie wszelką granicę, oraz jednolite postępowanie w całej sprawie z lekarzami innych krajów austryackich. Z.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 15. V. do 21. V. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego m. Lwów 6 (w tem 5 chorych jednej rodziny przyw. z Srok ad Laszki murowane powiatu lwowskiego); w pow. Bohorodczany (Żuraki 3), Buczacz (Barysz 1), Grybów (Izby 1, Florynka 1, Banica 2, Czyrna 1), Jaworów (Jazów nowy 1, Młyny 6), Horodenka (Podwerbie 5, Okno 4), Lisko (Hoszowczyk 1), Podhajce (Wiśniowczyk 1), Przemyślany (Nowosiółki 3), Skałat (Hlibów 3), Śniatyn (Ilińce 1), Stary Sambor (Posada felsztyńska 1), Tłumacz (Olesza 4), Zborów (Kudobińce 2); o ospie doniesiono pow. Tarnobrzeg (Sokolniki 3), Kamionka (Milatyn stary 2 variolis). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. V. do 21. V. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 9 † 3, płonicy 7 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 3 † 2 (3 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Obchód 50-letniego jubileuszu pracy lekarza-obywatela, Dra Henryka Dobrzyckiego, urządzony przez komitet obywatelski, odbywa się w dniu dzisiejszym w Warszawie w salach Stowarzyszenia lekarzy polskich (Widok 23). Obchód rozpocznie się przemówieniem prezesa komitetu p. Konrada Olchowicza, poczem przemawiać będą przedstawiciele Towarzystw lekarskiego i higienicznego, Sanatoryum w Rudce, Towarzystw kulturalnych (Zachęty sztuk pięknych, Tow. muzycznego) i t. d., Stowarzyszenia lekarzy polskich i Redakcyi pism lekarskich, a wreszcie zostanie Jubilatowi wręczony fundusz Jego imienia. Przedstawicielem »Związku prasy lekarskiej polskiej« i »Przeglądu lekarskiego« będzie na obchodzie Prof. Dr Kryński.

Jubilat, urodzony w Kaliszu w roku 1843, po ukończeniu tamże szkół średnich, zapisał się zrazu na wydział budownictwa w warszawskiej szkole sztuk pięknych; w r. 1859 rozpoczął studya lekarskie, które przebywał w Warszawie i Wrocławiu; dyplom uzyskał w Warszawie w r. 1864. Pracując od r. 1867 jako lekarz szpitala w Mieni, zdołał w r. 1878 doprowadzić do stworzenia tamże pierwszego u nas wogóle sanatoryum dla chorób piersiowych. W tymże kierunku drugiem polem działania Jubilata był Zakład w Sławucie. Na polu piśmiennictwa lekarskiego zdobył sobie Jubilat gorliwą pracą zasłużone imię; liczne swe prace naukowe ogłaszał po polsku, czesku, rosyjsku i niemiecku, a nasze czasopisma lekarskie mają mu wiele do zawdzięczenia. Doskonały znawca zdrojownictwa polskiego, starał się usilnie o jego rozwój piórem i czynem. Również gorliwie pracował osobiście i piśmienniczo na polu higienicznem. Oprócz działalności lekarskiej i higienicznej uczestniczył w wielu pracach społecznych i był czynny w wielu instytucyach kulturalnych i artystycznych.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 25. V. b. r. posiedzenie, na którem prym Borzęcki przedstawił chorego, cierpiącego na mięsakowate nacieki podskórne i wysoką wrażliwość osobniczą na sublimat, Dr Radliński popłonicze zesztywnienie stawu żuchwowego, wyleczone operacyjnie, chorego z wyjątkowo silnemi zmianami krzywiczemi i kobietę, cierpiącą na kamicę żółciową, u której kamienie wydostały się przez przetokę, a Dr Rosenhauch miał wykład p. t. »Wyniki nowszych badań nad jaglicą«; w dyskusyi zabierali głos: prym. Borzęcki, r. dw. Wicherkiewicz i Dr Eisenberg.

— Obchód jubileuszu profesora Pareńskiego w dniu 1. czerwca b. r. rozpocznie się złożeniem życzeń przez kolegów i współpracowników pracy szpitalnej Jubilata (w sali kliniki dermatologicznej w szpitalu św. Łazarza o godz. 11 rano). W Towarzystwie lekarskiem odbędzie się obchód tegoż dnia o godz. 6 popołudniu, poczem o godz. 8 wieczor odbędzie się w sali Towarzystwa uczta składkowa, w której będą uczestniczyć szersze koła nielekarskie. Udział w uczcie należy zgłaszać do Towarzystwa lekarskiego. (Strój: tużurek). Komitet obchodu uprasza o wczesne zgłoszenia (najdalej do poniedziałku 30. maja).

— Akademia Umiejętności przyznała nagrodę im. Lubomirskich w kwocie 3000 kor. Prof. Drowi Leonowi Marchlewskiemu za badania nad chlorofilem.

— Prof. Dr Stanisław Dobrowolski mianowany został prymaryuszem szpitala św. Łazarza.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Marceli Kleniewski, rodem z Pręczek w Królestwie Polskiem.

— Na fundusz im. Pareńskiego dla ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza wpłynęły w dalszym ciągu do d. 22. V. następujące kwoty od lekarzy: po 10 kor. Drowie:

Knapczyk (Bogumin), Wurst (Kałusz), Zasacki (Szczurowice), Gawlik sen. (Sucha), Bernadzikowski, Müller, Lipski (Lwów), Schudmak, Grażyński, Smolarski (Kraków); 4 kor. Baschkopf (Kraków); 2 kor. Turzański (Jarosław); po 20 kor.: Prof. Ciechanowski, Prof. Łepkowski (Kraków), Prof. Wiczkowski (Lwów), Grünzweig (Strumień), Chłapowski Kissingen), Łowiński (Nauheim); 25 kor.: Wiczkowski Z. (Bisenz); po 30 kor.: Prof. Wicherkiewicz, Prof. Bujwid, Z. Wachtel sen. (Kraków); po 50 kor.: S. Filipkiewicz (Trenczyn, jako pierwsza rata), Steinsberg (Franzensbad), Prof. Rutkowski, Frączkiewicz (Kraków).

Z różnych stron. Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył 7. (20.) V. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Zaleski miał wykład: »O promieniotwórczości wód mineralnych«, a inż. Perctiatkowicz: »O planowaniu miast«, poczem uchwalono podziękowanie Prof. Zaleskiemu, jako delegatowi Związki za jego przemówienie na Zjeździe Pirogowskim i wybrano delegatem Związku na Zjazd chirurgów w Warszawie Prof. Ziemackiego.

Zmarli: Urolog Doc. Grünfeld w Wiedniu.

Dr Zygmunt Święcicki, generał-lekarz, radny miejski, w Mińsku lit. w 75 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie urządza **obchód jubileuszowy Prof. Pareńskiego we środę dn. 1. czerwca b. r. o godz. 6. wieczór** w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). (Strój: tużurek).

O godz. 8. wieczór odbędzie się **uczta składkowa.** Zgłaszać się należy najdalej do poniedziałku 30 b. m.

Staraniem komisyi ankietowej Biblioteki Uczniów Wydziału lekarskiego U. J. odbędzie się w **sobotę d. 4. czerwca b. r. o godz. 7 wieczór w sali Kopernika** (Collegium novum) wykład Prof. Dra Krzyształowicza: »Znaczenie indywidualne i społeczne chorób płciowych«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Fibrolizyna (Merck) **w leczeniu zesztywnień stawów.** F. Heeger i Dr Aly (Münch. med. Woch. 1910. Nr 5). Na podstawie szeregu przypadków uporczywych, leczonych bezskutecznie innymi sposobami, stwierdzają autorowie wybitnie korzystny wpływ fibrolizyny w zesztywnieniach stawów. MK. W.

Styptycyna (Merck). Dr Robert (Gaz. des Hôpitaux. 1910. Nr 21) podnosi wpływ korzystny styptycyny przeciw krwotokom macicznym, żołądkowym, jelitowym, płucnym, nerkowym i t. d. Używa się w postaci pastylek lub wstrzykiwań 1:10, 2—4 cm^3. MK. W.

Kephyrogen. Dr Friedrich Baruch (Deut. Medizinal-Zeitung 1910. Nr 8). Zadaniem kefirogenu jest umożliwienie wytworzenia w domu kefiru taniego i dobrego. Jestto najczystszy ferment kefirowy o wysokiej sile fermentacyjnej. Stałość w wywiązywaniu i sile fermentacyi stanowi wyższość tego przetworu wobec innych podobnych. Dalsza wyższość w stosunku do gotowego kupnego kefiru polega na możliwości oznaczenia ścisłego kaloryi i wartości odżywczej, a to przez wybór mleka więcej lub mniej obfitego w tłuszcz, stosownie do przypadku. Przy leczeniu tuczącem używa się mleka tłustego, tam zaś, gdzie chodzi o pobudzenie, zwiększego wydzielania moczu i t. p., chudego. Autor poleca leczenie kefirem wszędzie tam, gdzie wogóle leczenie mlekiem jest wskazane. Kefir jest nietylko środkiem odżywczym, przyczyniającym się do podwyższenia wagi ciała i poprawy sił, lecz także pobudza apetyt. Wskazania szczególne istnieją przy niedokrwistości, ogólnem osłabieniu, stanach wyczerpania, przewlekłej gruźlicy, w okresie zdrowieniach po chorobach zakaźnych (ospa, płonica itd.), przy chorobach nerwowych (neurastenia i histerya), zapalenia nerek, dnie. Przy cierpieniach żołądkowych potrzebne jest określenie, czy kefir ma być jedno- dwu- czy trzydniowy, z uwzględnieniem, że jednodniowy kefir ma działanie przepuszczające, dwudniowy jest obojętny, a trzydniowy wywołuje zaparcie.

Kefirogen jest przetworem firmy Goedecke & Co w Berlinie. H. W.